

The Parasitology Foundation: The Opisthorchis Viverrini and a War of Healing in Thai Society

Tutiyaoporn Poomdonming¹ and Davisakd Puaksom²

¹ Ph.D. Candidate (Southeast Asian Studies), Lecturer,
UdonThani Rajabhat University, Bueng Kan Education Center

² Ph.D. (Doctor of Philosophy), Assistant professor,
Faculty of Social Sciences, Naresuan University

E-mail: tutiyapoom@gmail.com

159

ปีที่ 25
ฉบับที่ 2
พ.ศ.
-
ส.ศ.
2562

Abstract

This essay aims to study the founding of the Opisthorchis Viverrini disease to be a clinical pathology in Thailand, and its justification that needed diagnosis and healing, including how a social issue such as cultural foods became health concern. It would begin with the emergence of a parasitology textbook in the Royal Medical College at Siriraj in 1914, before its evolution into a major in the department of Pathology after the college's curriculum was reformed with the assistance of the Rockefeller Foundation in the 1920s, until a discovery of the Opisthorchis Viverrini's life-cycle that became a justification to instituting, preventing and healing the Opisthorchis

Viverrini disease with the western modern bio-chemical medicine, i.e. the Praziquantel. Arguably, the international organizations such as the Rockefeller Foundation had a crucial role in instituting the Opisthorchis Viverrini disease and its endemic enclave in Thai society, obviously arranging through the Royal Medical College, until it became an ideal mode of the social campaign for disease prevention and healing. It is apparent that this mode of knowledge inculcating and disease healing with the western modern science to embattle with the Opisthorchis Viverrini disease, that was posited as an endemic disease in a specific local enclave and could be traditionally controlled and healed with local botanical herbs, has eventually transformed the Thai society to be dependent with the bio-chemical medicine and the modern medical industry that mainly operated by the state.

160

Vol. 25

No. 2

May

-

Aug.

2019

Keywords: Diospyros mollis, Opisthorchis Viverrini, Parasitology, Praziquantel

ปาราสิตสถาปนา: พยาธิใบไม้ตับและสงครามแห่งการรักษา ในสังคมไทย

ทุดิยาภรณ์ ภูมิดอนมิ่ง¹ และทวิศักดิ์ เผือกสม²
¹นักศึกษาระดับปริญญาเอก (เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ศึกษา), อาจารย์
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี ศูนย์การศึกษาบึงกาฬ
²Ph.D. (Doctor of Philosophy), ผู้ช่วยศาสตราจารย์
คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
E-mail: tutiyapoom@gmail.com

161

ปีที่ 25
ฉบับที่ 2
พ.ศ.
-
ส.ศ.
2562

บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการสถาปนาโรคพยาธิใบไม้ตับให้เป็นประเด็นปัญหาทางการแพทย์ รวมถึงการทำให้ประเด็นปัญหาสังคมอย่างเช่นอาหารทางวัฒนธรรมกลายเป็นปัญหาโรคภัยไข้เจ็บ ขอบข่ายของการศึกษาเริ่มต้นจากการปรากฏขึ้นของตำราปาราสิตวิทยาในราชแพทยาลัยศิริราชและพยาบาลใน พ.ศ. 2457 จนเข้าสู่ยุคของการมีตัวตนที่เข้มข้นขึ้นของหลักสูตรปาราสิตวิทยาซึ่งได้รับการปรับปรุงโดยมูลนิธิโรคกีเฟลเลอร์ในทศวรรษ 2460 และจนเข้าสู่การค้นพบ

วงชีพจักรของโรคพยาธิใบไม้ตับซึ่งเป็นความชอบธรรมชาติในการสถาปนา การป้องกัน และการรักษาโรคโดยยาแผนปัจจุบันของตะวันตก คือ พราซิควอนเทล ผลของการศึกษา พบว่า องค์กรข้ามชาติ อาทิ มูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ มีบทบาทสำคัญในการสถาปนาโรคและพื้นที่โรคพยาธิใบไม้ตับในสังคมไทยผ่านราชแพทยาลัยศิริราชและพยาบาล จนปรากฏเป็นรูปแบบกิจกรรมทางสุขภาพอันนำมาสู่การรณรงค์เพื่อป้องกัน และรักษาโรค ทั้งนี้ รูปแบบของการให้ความรู้และการรักษาด้วยยาที่ผลิตโดยวิทยาการของตะวันตกเพื่อรักษาโรคพยาธิใบไม้ตับที่ถูกนิยามให้เป็น “โรคประจำถิ่น” ซึ่งเมื่อก่อนเชื่อว่าสามารถควบคุมและรักษาได้ด้วย การแพทย์แบบจารีตโดยสมุนไพรพื้นบ้าน ได้ทำให้สังคมไทยต้องเปลี่ยนผ่านไปสู่การพึ่งพาแผนปัจจุบัน และอุตสาหกรรมทางการแพทย์สมัยใหม่ที่ดำเนินการโดยรัฐได้อย่างเบ็ดเสร็จ

คำสำคัญ: ปาราสิตวิทยา พราซิควอนเทล มะเกลือ โรคพยาธิใบไม้ตับ

บทนำ

กล่าวได้ว่า ปาราสิตวิทยา เป็นชุดความรู้ทางการแพทย์ที่เป็นระบบอย่างหนึ่งซึ่งปรากฏขึ้นในสังคมไทย ที่สร้างคำอธิบายเกี่ยวกับมนุษย์และบริบทแวดล้อมแห่งสภาวะการดำรงอยู่ของมนุษย์ โดยวางอยู่บนความเป็นเหตุเป็นผลตามหลักการทางวิทยาศาสตร์ และมีสถาบันทางการแพทย์ เป็นเครื่องรับรองหลักการที่หนักแน่นของชุดความรู้และความจริงดังกล่าว การปรากฏขึ้นของหลักสูตรปาราสิตวิทยาในสังคมไทยนั้นเกิดขึ้นภายใต้ร่มเงาของสถาบันความรู้ทางการแพทย์ คือ ราชแพทยาลัยแห่งศิริราชพยาบาล ซึ่งทำหน้าที่เป็นสถาบันทางสุขภาพสำคัญภายใต้หลักการวิทยาศาสตร์การแพทย์ (ดู ทวีศักดิ์ เผือกสม, 2550, น. 145)

การก่อตั้งสถาบันความรู้ทางการแพทย์และการก่อตัวของปาราสิตวิทยาภายในสถาบันดังกล่าวย่อมเป็นการเผยให้เห็นถึงส่วนหนึ่งของพัฒนาการที่จะนำไปสู่การสร้างคำอธิบายเรื่องการก่อโรคตามกรอบคิดทางการแพทย์ และเริ่มปรากฏให้เห็นมาตั้งแต่เป็น “ราชแพทยาลัย” จนเป็นรากฐานไปสู่การสถาปนาโรคต่าง ๆ ในสังคมไทยผ่านระเบียบวิธีทางความรู้ด้านปาราสิตวิทยา ซึ่งเป็นพื้นสำคัญของงานอันนำมาสู่การพิจารณาอาหารเชิงวัฒนธรรมว่าเป็นสิ่งที่ควรระวังและต้องเฝ้าจับตามอง การศึกษาประวัติศาสตร์ทางการแพทย์หรือปฏิบัติการทางแพทย์ในสังคมไทยเท่าที่ผ่านมาโดยส่วนใหญ่ยังเป็นการศึกษาถึงนโยบายของหน่วยงานของรัฐและกรอบคิดในการสร้างฐานอุดมการณ์หลักที่มีอิทธิพลต่อนโยบายสาธารณสุขของสังคมไทย เช่น เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ (2528) และธันวา วงศ์เสงี่ยม (2553) ที่เสนอว่ากิจการสุขภาพของพลเมืองมีความสัมพันธ์กับการเกิดการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง จนส่งผลต่อวิถีชีวิตของประชาชนที่เคยเป็นไปในลักษณะของการพึ่งพาการแพทย์แบบจารีตที่เคยปรากฏขึ้นจริงในสังคม ท้องถิ่นให้กลายเป็นสภาพมาเป็นวิธีที่จำเป็นต้องพึ่งพาการแพทย์สมัยใหม่ของรัฐมากขึ้น นอกจากนี้ยังปรากฏงานเขียนขึ้นสำคัญของ วริยา ศิวะศรียานนท์ (Wariya Siwasariyanon, 1984) ที่ได้ตั้งข้อเสนอนับสิ้นคลอนวงการ

สาธารณสุขไทยเรื่องการเดินทางเข้ามาขององค์กรข้ามชาติอย่างมูลนิธิ ร็อกกี้เฟลเลอร์ว่ามีบทบาทสำคัญเป็นอย่างมากในการสร้างเงื่อนไขในการ ปรับปรุงและพัฒนาโรงพยาบาลศิริราชและพยาบาลและนำไปสู่การพึ่งพิง การแพทย์สมัยใหม่กับยาปฏิชีวนะอย่างเต็มรูปแบบ นอกจากนั้นงาน ของ ทวีศักดิ์ เผือกสม (2550) ที่พยายามชี้ให้เห็นถึงการก่อตัวของแนวคิด “รัฐเวชกรรม” ว่าเป็นกรอบคิดและอุดมการณ์สำคัญในระบบการแพทย์และ สาธารณสุขไทยในการควบคุมเรือนร่างของพลเมืองและการขยายตัวของ สถานีสภาพอย่างโรงพยาบาล รวมทั้งฐานกำลังอย่าง อสม. และ ผสส. ที่เป็นฐานทัพสำคัญทางสาธารณสุขสำหรับการสอดส่องดูแลเรือนร่างของพลเมือง ความเป็นรัฐเวชกรรมจึงเป็นชุดความคิดสำเร็จรูปที่สามารถเข้ามาครอบงำ จนทำให้เรือนร่างของพลเมืองเชื่อมต่อกับประกาศของรัฐบาล งานชิ้นนี้จะต่าง ออกไปจากข้อเสนอข้างต้น คือ มุ่งนำเสนอการใช้ความรู้ปราสาทวิทยา เพื่อสถาปนาโรคและพื้นที่โรคผ่านอาหารเชิงวัฒนธรรมของคนในภูมิภาค “อีสาน” จนนำไปสู่ความจำเป็นในการกินและพึ่งพาอุตสาหกรรมยาขึ้น อย่างเข้มข้น

ยุควงซีฟจักรตามตำราปราสาทวิทยา

ความเจ็บป่วย ความไม่รู้ และความยากจนถือเป็นวัฏจักรแห่งความชั่วร้าย ที่เป็นภัยคุกคามทางสุขภาพอนามัยหากชุมชนหรือสังคมใดประกอบไปด้วย บุคคลซีโรคหรือมีปัญหาทางสุขภาพก็จะเป็นสิ่งที่นำมาซึ่งความเสียหาย กับการปรากฏขึ้นของโรคพยาธิใบไม้ตับ ถึงแม้ว่าโรคนี้จะไม่ก่อให้เกิดอาการ รุนแรงเฉียบพลัน และก่ออันตรายร้ายแรงในทางระบาดวิทยา แต่ก็ถูกนับว่า เป็นปัญหาที่สำคัญในมิติทางการแพทย์ ในช่วงแรกเริ่มนั้นการรับรู้เกี่ยวกับ พยาธิใบไม้ตับปรากฏอยู่ในตำราปราสาทวิทยาของศิริราชพยาบาล โดยเป็น คำอธิบายเกี่ยวกับการเกิดโรคในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และยังไม่ ปรากฏการว่ามีกล่าวถึงสาเหตุของการเกิดโรคอย่างละเอียด ดังความว่า

“พยาธิตัวนี้มาจากไหนและวงจรชีวิตของมันเป็นอย่างไรร
ในการตอบคำถามสองข้อนี้ค่อนข้างลำบาก กล่าวคือ โรค
พยาธิใบไม้ตับที่เป็นอยู่ในประเทศไทยมีกำเนิดมาอย่างไร
นั้นไม่มีใครทราบ แต่ถ้าหากสืบค้นโดยอาศัยหลักฐาน
ทางประวัติศาสตร์ที่เกี่ยวกับวัฒนธรรมและเครื่องมือใช้
ในครัวเรือนที่น่าจะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมกรกินแล้วพอ
จะสรุปได้ว่า ตโรคนี้มาคู่กับประวัติศาสตร์การตั้งถิ่นฐาน
ของมนุษยชาติในท้องถื่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือของ
ประเทศไทยมานานนับพันปี” (วิโรจน์ กิตติคุณ, 2535, น. 2)

การที่โรคพยาธิใบไม้ตับเป็นโรคที่ถูกกล่าวอ้างจากผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ว่าเป็น “พยาธิคูบ้านคูเมืองของชาวอีสาน” โดยมีการกระจายไปตาม
ภูมิศาสตร์อีสาน (วิรัตน์ วงศ์แสงนาค, 2530, น. 189) ทำให้นักวิชาการ
จำนวนมากมุ่งใช้ภาคอีสานเป็นสนามในการศึกษาทางด้านวิทยาศาสตร์และ
สังคมศาสตร์รวมทั้งการสำรวจพื้นที่เพื่อการสืบค้นวงชีพจักรของการเกิดโรค
เพื่อหาผู้นำทางในการรณรงค์ต่อต้านโรคคูบ้านดังกล่าว ด้วยเหตุผลนี้จึง
ทำให้เกิดการสำรวจความชุกของหนอนพยาธิในประเทศไทยขึ้นอย่างเป็นทางการและนำไปสู่การรายงานผลเชิงสถิติแสดงความชุกของโรคพยาธิใบไม้
ตับเป็นครั้งแรกซึ่งถูกนำเสนอตามลำดับช่วงอายุของพลเมืองจากจำนวน
มากไปหาจำนวนน้อย คือ 0-4 ปี 29 เปอร์เซ็นต์, 5-9 ปี 38 เปอร์เซ็นต์, 10-14
ปี 63 เปอร์เซ็นต์, และ 15-29 ปี 85 เปอร์เซ็นต์ (Sadun 1955, pp 81-115)

สถิติข้างต้นนี้ได้มาจากการสำรวจความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับ ของ
ประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือในเขตหมู่บ้านระหว่างทางจังหวัด
อุดรธานีไปยังจังหวัดหนองคายในปี พ.ศ. 2494-2498 โดยการสำรวจในครั้ง
นั้นได้ใช้วิธีการนัดหมายให้ทางสถานีอนามัยจังหวัดต่าง ๆ เข้าทำการเก็บ
อุจจาระไว้ให้ จากนั้นทีมส่วนกลาง คือ กองควบคุมโรคติดต่อ กรมอนามัย
จะไปทำการตรวจในจังหวัดต่าง ๆ ทั้ง 4 ภาคของประเทศไทย ทั้งนี้การ

สำรวจในครั้งนี้ถือเป็นการสำรวจการติดต่อโรคอย่างเป็นทางการครั้งแรกในประเทศไทย โดยได้รับความช่วยเหลือเป็นอย่างดีจากรัฐบาลสหรัฐอเมริกา (สมพร พฤษกราชและคณะ, 2525, น. 245-255) ผลการสำรวจที่ปรากฏดังแผนภูมิข้างต้นได้ก่อให้เกิดความสนใจของผู้เชี่ยวชาญในการศึกษาด้านระบาดวิทยาและวงชีพจักรของพยาธิใบไม้ตับ (Opisthorchiasis) ขึ้นอย่างคึกคัก จนกระทั่งตัวเลขที่ได้นี้กลายเป็นปัญหาโรคระบาดประจำถิ่นที่มีความชุกชุมในแต่ละท้องถิ่น โดยเฉพาะพยาธิลำไส้ที่แพร่หลายทั่วไปในชนบท (ธันวาคม วงศ์เสงี่ยม, 2553, น. 37)

รายงานทางตัวเลขชุดนี้ได้กลายเป็นสัญญาณบ่งชี้ถึงการแพร่ระบาดของโรคที่ได้ถูกแปรความหมายจากตัวเลขตามการนับจำนวนของการสุ่มตรวจจุจจาระของพลเมืองให้มีความสำคัญเชิงสถิติถึงความรุนแรงของโรคและผลเสียหายจากโรคระบาดดังกล่าว หากกล่าวให้ถึงที่สุดแล้วแม้ว่าการสำรวจดังกล่าวยังเป็นแค่เพียงการสุ่มตรวจจุจจาระที่ยังไม่สามารถอธิบายถึงสาเหตุแห่งการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับจากข้อมูลด้านอื่นๆ อย่างไรก็ตาม ด้วยเหตุตำแหน่งแห่งที่ของการพบโรคระบาด จึงได้จุดประเด็นความสนใจของหน่วยงานทางการแพทย์ให้พยายามศึกษาถึงสาเหตุแห่งการระบาดของโรคพยาธิใบไม้ตับและวงชีพจักรของโรคพยาธิใบไม้ตับโดยใช้พื้นที่ภาคอีสานของไทยเป็นหน้าด่านในการตั้งสถานีสำหรับการสำรวจปริศนาทางความรู้ดังกล่าวที่ว่าในแง่หนึ่งแล้ว บริบทของการเป็นโรคตามตัวเลขดังกล่าวนั้นก็สามารถนำไปสู่การระบุเขตพื้นที่เพื่อการเคลื่อนกำลังของหน่วยงานทางการแพทย์ในการส่งกำลังพลเข้าไปปฏิบัติหน้าที่ป้องกันและรักษา โดยใน พ.ศ. 2495 หน่วยควบคุมโรคพยาธิลำไส้ รับผิดชอบโดยกองควบคุมโรคติดต่อ ภายใต้กรมอนามัย ได้เปิดทำการสถานีย่อยในพื้นที่ขึ้นใน 2 ภูมิภาคของไทย คือภาคอีสานในจังหวัดนครราชสีมา กับจังหวัดอุดรธานี และภาคใต้ในจังหวัดสงขลา จนกระทั่งในต่อมา คือ พ.ศ. 2496 ภาคอีสานได้กลายเป็นพื้นที่เร่งด่วนในการขยายหน่วยปฏิบัติงานเพิ่มขึ้นอีกในจังหวัดอุบลราชธานี และตามมาด้วยจังหวัดสกลนคร ในปี พ.ศ. 2498

อนึ่ง การเปิดหน่วยพยาธิลำไส้ขึ้นในประเทศไทยในช่วงเวลาดังกล่าว ถือเป็นการทำงานคู่ขนานไปกับการศึกษาวิจัยทางคลินิกโดยห้องปฏิบัติการทางวิทยาศาสตร์ที่รู้จักกันในชื่อว่า “ห้องแล็บซีโต้” ซึ่งจัดตั้งขึ้นภายใต้สนธิสัญญาเพื่อป้องกันความมั่นคงทางทหารของกลุ่มประเทศฝ่ายโลกเสรีภายใต้การนำของสหรัฐอเมริกาในโรงพยาบาลจำนวนหนึ่งทั้งในกรุงเทพฯ และต่างจังหวัด อันได้แก่ โรงพยาบาลรามาริบตี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าฯ และโรงพยาบาลจังหวัดอุดรธานี เป็นต้น (สุชาติ เจตนาเสน, 2528, น. 99; สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2546, น. 89-91; สว่างใจ พึ่งพักตร์, 2536, น. 3) นอกจากนี้หลังจากการเปิดหน่วยพยาธิลำไส้เพิ่มขึ้นใน 2 จังหวัดภาคอีสาน กองควบคุมโรคติดต่อ กรมอนามัยยังได้ร่วมมือกับสหรัฐฯ ในการวิจัยทางคลินิกและพยาธิวิทยา โดยให้มีการจัดตั้งห้องปฏิบัติการทางวิทยาศาสตร์หรือห้องแล็บซีโต้ ขึ้นในโรงพยาบาลจังหวัดอุดรธานีเพื่อทำการสำรวจปลาและหอยต่าง ๆ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กล่าวได้ว่าความร่วมมือของหน่วยงานข้ามชาติผ่านห้องปฏิบัติการทางวิทยาศาสตร์ภายใต้ความร่วมมือของสนธิสัญญาความมั่นคงทางการทหารในยุคสงครามเย็นเป็นเสมือนสถานีความรู้ (Station of Knowledge) หรือแนวรบทางวิชาการขององค์การปฏิบัติการทางการทหารในการเข้ามามีบทบาททางการแพทย์และสาธารณสุขในพื้นที่ภาคอีสานอย่างเต็มรูปแบบ (ขนิษฐา วงศ์พานิช , 2539, น. 131) ในแง่หนึ่งแล้ว การเดินทางเข้ามาของแนวรบทางวิชาการด้านการแพทย์อย่างห้องแล็บซีโต้นั้นมีมูลเหตุสำคัญมาจากนโยบายทางการเมืองโลกที่เป็นปฏิปักษ์มาจากการขยายตัวของลัทธิคอมมิวนิสต์เพิ่มขึ้นในทวีปเอเชีย โดยลักษณะขององค์กรซีโต้ (SEATO) จะเป็นองค์กรพันธมิตรทางการทหารที่มีวัตถุประสงค์เพื่อการหาทางแก้ไขการถูกแทรกซึมหรือการคุกคามโดยฝ่ายคอมมิวนิสต์ (ดู ปณิธี จาดกานนท์, 2545, น. 1-2)

ทั้งนี้การให้ความช่วยเหลือนั้นครอบคลุมไปถึงภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้โดยมีอาณาบริเวณทั้งหมดของประเทศภาคีในเอเชียและเขตทั่วไปในแปซิฟิก รวมทั้งหากมีการร้องขอจากบางประเทศที่เป็นพันธมิตร เช่น

กัมพูชา และเวียดนามได้ นอกจากนั้นยังรวมถึงการให้ความช่วยเหลือในด้าน การพัฒนาเศรษฐกิจ การศึกษา วัฒนธรรมและสังคม ทั้งนี้หนึ่งในนั้นคือการ ตั้งศูนย์ทดลองวิจัยด้านการแพทย์ขึ้นในปี พ.ศ. 2504 (ขนิษฐา วงศ์พานิช, 2539, น. 131) อย่างไรก็ตาม ก่อนการเดินทางเข้ามาของแฉวยทางวิชาการ ด้านสาธารณสุขอย่างกรณีของห้องแล็บซีโตนัน ความรู้ด้านปาราสิตวิทยายัง คงจำกัดอยู่เพียงแค่ราชแพทยาลัยแห่งศิริราชและพยาบาล โดยนับเป็นหนึ่งในสี่สาขาวิชาในแผนกพยาธิวิทยา (Pathology) ทว่าความรู้ด้านปาราสิต วิทยาในศิริราชนั้นยังเรียกได้ว่าเป็นสาขาวิชาเล็ก ๆ เมื่อเปรียบเทียบกับบาง ภาควิชา เช่น สาขาวิชาพยาธิวิทยา สาขาวิทยาคลินิก และสาขาแบคทีเรียวิทยา ที่เสมือนเป็นหัวใจหรือแขนขาของ “แม่ศิริราช” ปาราสิตวิทยาในช่วงสมัย นั้นจึงแทบไม่มีบทบาทหลักสำคัญ แต่ก็มีคามจำเป็นที่จะต้องมียู่เพื่อการ ประกอบเรือนกายของการเป็นแม่ศิริราชให้สมบูรณ์ โดยสาขาปาราสิตวิทยา เริ่มปรากฏตัวตนครั้งแรกอยู่ในหลักสูตรที่ถูกปฏิรูปโดยมูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ (Rockefeller Foundation) ใน พ.ศ. 2466 โดยมีศาสตราจารย์นายแพทย์ เอ.จี. เอลลิส (Dr. A.G. Ellis) ผู้ถูกสถาปนาว่าเป็น “พยาธิแพทย์คนแรกของไทย” เข้ามาช่วยพัฒนาราชแพทยาลัยศิริราชและพยาบาลตามโครงการความร่วมมือ ระหว่างรัฐบาลสยามกับมูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ โดยเอลลิสได้ทำหน้าที่เป็น กำลังหลักสำคัญในการก่อร่างแผนกพยาธิวิทยา ซึ่งประกอบไปด้วย 4 สาขา วิชา คือ สาขาพยาธิวิทยา สาขาพยาธิวิทยาคลินิก สาขาแบคทีเรียวิทยา และ สาขาปาราสิตวิทยา (แพทย์สภามสาร, 2515, น. 670)

การเข้ามาของนายแพทย์เอลลิสนั้น เป็นผลมาจากการที่ ดร.วิกเตอร์ ไฮเซอร์ (Victor Heiser) ผู้อำนวยการภาคตะวันออกของคณะกรรมการ สุขภาพนานาชาติ (International Health Board) อันเป็นหน่วยงานหนึ่งของมูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ได้รับเชิญให้มาสำรวจกิจการของโรงเรียนราช แพทยาลัย และไฮเซอร์ได้ถวายความเห็นต่อรัฐบาลสยามให้ควรปรับปรุง ให้มีมาตรฐาน รัฐบาลจึงได้ขอความช่วยเหลือในการปรับปรุงแพทยศาสตร์ ศึกษาจากมูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์อย่างเป็นทางการในเวลาต่อมา ไฮเซอร์จึง

ได้นำกรมขุนไชนนาทเรนทรเสด็จไปดูงานการแพทย์และสาธารณสุขที่ประเทศฟิลิปปินส์ ซึ่งในขณะนั้นเป็นอาณานิคมของสหรัฐอเมริกา หลังจากนั้น ไฮเซอร์ก็ได้ทำรายงานเรื่อง “Report on Medical Education in Siam” เสนอต่อมูลนิธิร็อคกี้เฟลเลอร์ว่าวิชาต่างๆ ที่สอนกันอยู่ในโรงเรียนแพทย์ของสยามนั้นมีสภาพเหมือนกับโรงเรียนแพทย์ชั้นต่ำในสหรัฐ (ทวีศักดิ์ เผือกสม, 2550, น. 146)

รูปการดังกล่าวจึงนำไปสู่การผลักดันให้ที่ปรึกษาทางการแพทย์สำหรับการสาธารณสุข สำหรับงานการพัฒนาสุขภาพของผู้คนในโลกตะวันออกของมูลนิธิร็อคกี้เฟลเลอร์โดยเข้ามาช่วยเหลือในการปรับปรุงการเรียนการสอนในโรงเรียนแพทย์ จนในที่สุดก็ได้ ดร.เอ.จี. เอลลิส ศาสตราจารย์ทางพยาธิวิทยาเข้ามาประจำที่ราชแพทยาลัย และทำให้เอลลิสกลายเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการปรับปรุงการเรียนแพทย์ในช่วงเวลาที่มูลนิธิร็อคกี้เฟลเลอร์ให้ความช่วยเหลือในสยามอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการกำหนดและปรับปรุงหลักสูตรในแผนกพยาธิวิทยา ซึ่งนายแพทย์เอลลิสทำหน้าที่เป็นหัวหน้าแผนกเป็นคนแรก ทั้งนี้ตามหลักสูตรที่ได้ตกลงกันไว้กับมูลนิธิ ร็อคกี้เฟลเลอร์นั้นจะกำหนดให้แผนกพยาธิวิทยาประกอบด้วย 4 สาขาวิชา คือ สาขาพยาธิวิทยา สาขาวิทยาคลินิก สาขาแบคทีเรียวิทยา และสาขาปรสิตวิทยา (แพทย์สภาสาร, 2515, น. 670)

กล่าวได้ว่า หลักสูตรปรสิตวิทยาเป็นสาขาวิชาหนึ่งที่ต้องเรียนร่วมกับสาขาอื่นที่เป็นหัวใจสำคัญของราชแพทยาลัยศิริราชและพยาบาลมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2466 แต่ความเป็นปรสิตวิทยานั้นแท้จริงของคณะแพทย์ศาสตร์แห่งราชแพทยาลัยแห่งศิริราชและพยาบาลนั้นกลับปรากฏขึ้นให้เห็นมาก่อนหน้านี้นับว่าตั้งแต่ราว ปี พ.ศ.2457 เนื่องจากปรากฏว่ามีผู้นำเอาตำราเรื่อง Manson's Tropical Diseases ซึ่งเขียนขึ้นโดย Phillip H. Mansor Bahr มาใช้ในการสอนโดยหม่อมเจ้าถาวรมงคลวงษ์ ไชยันต์ ที่ถูกเรียกขานว่าเป็น “อาจารย์ทางปรสิตวิทยาคนแรกของไทย” และเป็นผู้นำชุดความรู้นี้มาบ่มเพาะให้แก่นักศึกษาแพทย์ โดยมีเนื้อหารวมกันแล้วเรียกรายวิชา

นี้ว่า “โรคนิทาน” หรือ “Tropical Diseases” อันเป็นตำราทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับโรคเขตร้อนที่ตีพิมพ์ครั้งแรกใน ค.ศ. 1898 และมีอิทธิพลในการศึกษาโรคในเขตร้อนและมีอิทธิพลในการกระตุ้นให้เกิดการศึกษาตัวยาที่แปลกใหม่ในภูมิภาคเขตร้อน นอกจากนี้ งานชิ้นนี้ยังปรากฏข้อถกเถียงเกี่ยวกับอาหารที่เป็นสาเหตุแห่งการเกิดโรคในภูมิภาคเขตร้อน โดยกล่าวถึงการป่วยเป็นไข้เลือดออกภายในเจ็ดวันและการระบาดของโรคท้องมาน (Epidemic Dropsy) ซึ่งไม่ใช่โรคที่เกิดจากสภาวะความอดอยากจากสงครามหรือโรคที่โดยขาดสารอาหาร หากแต่เป็นโรคที่เกิดจากสาเหตุอื่น อีกทั้งยังนำไปสู่ประเด็นถกเถียงเกี่ยวกับยารักษาโรค หนึ่งในยาที่กล่าวถึงสำหรับการรักษาผีในตับคือยาควินิน โดยยกรณีย์ของผู้ป่วยที่เคยเป็นโรค (Pre-Black-Water-State) เพื่อเป็นการป้องกันผลกระทบที่เกิดจากยาต่อร่างกาย (Philip H. Manson-Bahr, 1898) (แพทยศาสตร์, 2515, น. 671)

หลังจากการรับเอาความรู้ทางปาราสิตวิทยาอันมีรากฐานมาจากอเมริกาเข้ามาแล้วก็มีความพยายามในการจัดวางรากฐานของทรัพยากรบุคคล อันหมายถึงการผลิตบุคลากรทางการแพทย์ที่จะมีบทบาทในการลงหลักปักฐานให้แก่ปาราสิตวิทยา ทำให้ในยุคแรกนั้นได้มีการส่งศาสตราจารย์หลวงเฉลิม คัมภีร์เวชช์ (แพทย์รุ่นที่ 23 พ.ศ. 2460) โดยรับทุนจากสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิตลกรมหลวงสงขลานครินทร์ ไปศึกษาวิชาสาธารณสุขและพยาธิวิทยาในสหรัฐอเมริการะหว่าง พ.ศ. 2463-67 และกลับมารับราชการในแผนกพยาธิวิทยาเมื่อปี พ.ศ. 2468 ซึ่งเป็นปีที่ศาลาปาไถโลยีหรือห้องปฏิบัติการทางพยาธิวิทยาสร้างเสร็จและเปิดใช้พอดี หลวงเฉลิมคัมภีร์เวชช์ได้มีโอกาช่วย ดร.เอลลิส สอนวิชาพยาธิวิทยาอยู่ช่วงหนึ่งรวมระยะเวลาทั้งสิ้น 1 ปี การศึกษา และในเวลาต่อมา คือ พ.ศ. 2469 หลวงเฉลิมคัมภีร์เวชช์ก็เป็นผู้ที่เริ่มต้นในการสอนวิชาปาราสิตวิทยาซึ่งเป็นรายวิชาใหม่ในหลักสูตรปรับปรุงภายใต้การกำกับของมูลนิธิรีออคกีเฟลเลอร์

นอกจากนั้น มูลนิธิรีออคกีเฟลเลอร์ยังให้ทุนการศึกษาแก่เกตุ สุภัททะพะเกตุ หรือขุนเกตุที่ศน์วิทยาพยาธิ ซึ่งเป็นแพทย์รุ่นเดียวกับหลวงเฉลิมคัมภีร์เวชช์

และเป็นอาจารย์ทางพยาธิคลินิก เพื่อไปศึกษาเพิ่มเติมในวิชาพยาธิคลินิกที่อเมริกาในระหว่างปี พ.ศ. 2473-2474 ในเวลาต่อมา ขุนเกตุทัศนวิทยา พยาธิก็กลายเป็นบุคคลสำคัญในการรับหน้าที่เป็นอาจารย์สอนรายวิชาทางปรสิตวิทยาในช่วงเวลาที่ขาดแคลนอาจารย์ และในช่วงเวลาที่หลวงเฉลิมคัมภีร์เวชณีไม่สามารถเข้าทำการสอนได้ ในแวดวงปรสิตวิทยาจึงถือว่า ขุนเกตุทัศนวิทยาพยาธิเป็นผู้มีคุณูปการสำคัญในฐานะอาจารย์ภายในสาขาปรสิตวิทยาในช่วงเวลาดังกล่าว จนนำไปสู่การยกย่องว่าเป็นอาจารย์ทางด้านปรสิตวิทยาอีกหนึ่งท่าน

นอกจากนี้ ศาสตราจารย์นายแพทย์สวัสดิ์ แดงสว่าง ก็เป็นอีกบุคคลหนึ่งที่ได้รับทุนจากสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดล กรมหลวงสงขลานครินทร์ เพื่อให้ไปศึกษาต่อวิชาสาธารณสุขและโรคเมืองร้อน เมื่อสำเร็จการศึกษาแล้ว นายแพทย์สวัสดิ์ก็ได้เข้ารับหน้าที่เป็นหัวหน้าสาขาวิชาปรสิตวิทยาจนกลายเป็นผู้นำไปสู่การเป็นผู้ตั้งต้นสอนวิชานี้อย่างจริงจัง และทำการศึกษาค้นคว้าทางปรสิตวิทยามาโดยตลอด จนมีเอกสารงานวิชาการตีพิมพ์ร่วมกันกับศาสตราจารย์หลวงเฉลิมคัมภีร์เวชณี ในการค้นพบชีพจักรของพยาธิตัวจิ๋วในปี พ.ศ. 2480 (Prommas C, Daengsvang S., 1937, pp. 115-116) ซึ่งได้รับยกย่องจากวงวิชาการทางการแพทย์ของไทยว่า “เสมือนเป็นการเปิดประเทศให้นักปรสิตวิทยาทั่วโลกได้รู้จักไซแอมหรือไทยแลนด์ได้เป็นอย่างดี” (วิจิตร ไชยพร และพรชัย ศิริสัมพันธ์, 2515, น. 675)

กล่าวได้ว่า การปรับปรุงหลักสูตรปรสิตวิทยาของศิริราชพยาบาลในปี พ.ศ. 2466 นั้น มีมูลเหตุมาจากเหตุผลเรื่องเนื้อหาในการเรียนการสอนไม่ทันสมัย โดยเฉพาะการสอนวิชาโรคินิทานที่มจ.ถาวรมงคลวงษ์ไชยันต์สอนนั้น ก็มีเนื้อหาที่ไม่ละเอียดและไม่ครอบคลุม เพราะเน้นเพียงแต่การบรรยายเท่านั้น สิ่งที่ขาดหายไป คือ ห้องปฏิบัติการทางวิทยาศาสตร์ ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงนำไปสู่การปรับปรุงหลักสูตรและขยายงบประมาณในการสร้างตึกพยาธิวิทยาขึ้น โดยมีชื่อเรียกว่า “ตึกปาโถหลัง” และปรากฏให้เห็นคำอธิบายในหลักสูตรใหม่ที่นำไปใช้สอนในปี พ.ศ. 2469 โดยศาสตราจารย์หลวงเฉลิมคัมภีร์เวชชัว

“เพราะวิชานี้มีความสำคัญเกี่ยวข้องกับโรคในประเทศสยาม ซึ่งเป็นเมืองร้อน จึงต้องสอนเรื่องราวของปราสาทอย่างถี่ถ้วน ตัวที่สำคัญ ๆ ของพวกนี้ คือ เชื้อมาลาเรีย, โรคบิดจะมีบ้ำและ พยาธิปากขอ แต่ตัวอื่น ๆ อีกมากที่ต้องสอนด้วย วิชานี้จะ เป็นพื้นฐานที่จะนำไปใช้ในวิชาเวชศาสตร์ป้องกันในกาลต่อไป การสอนวิชานี้ประกอบด้วย การบรรยาย, การประชุมปรึกษา, อนุาท และการเรียนในห้องปฏิบัติการโดยใช้สิ่งตัวอย่างของจริง” (แพทย์สมาคม, 2515, น. 683)

การอธิบายความข้างต้นนี้เคยปรากฏให้เห็นมาก่อนอยู่ในรายงานที่ ไฮเซอร์เสนอต่อมูลนิธิร็อคกี้เฟลเลอร์ ว่าเครื่องอุปกรณ์ในการจัดการเรียน การสอนก็ไม่ค่อยมี ไม่มีห้องปฏิบัติการแบคทีเรีย สระรีวิทยาพยาธิวิทยา ฯลฯ หรือแม้แต่กล้องจุลทรรศน์สำหรับการตรวจโรค (ทวีศักดิ์ เผือกสม, 2550, น. 146) หากจะกล่าวไปแล้ว ความพยายามในการปรับปรุงหลักสูตรของศิริราช พยาบาลนั้นก็มีความหมายที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคในท้องถิ่นที่จำเป็นต้อง ใช้ห้องปฏิบัติการในการหาความรู้และความจริงของโรค อีกทั้งในความจริง แล้วห้องปฏิบัติการเช่นนี้ได้เริ่มปรากฏขึ้นแล้วในสยามในช่วงเกิดการ พยายามในการป้องกันไม่ให้กาฬโรคระบาดในกรุงเทพฯ จนนำไปสู่การ จัดตั้ง “Bacteriological Laboratory” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มขีดความ สามารถในการวินิจฉัยอย่างเที่ยงตรงของสาเหตุการตายว่ามาจาก การติดกาฬโรคหรือไม่ ซึ่งจะทำให้การวินิจฉัยและการควบคุมการระบาดของ กาฬโรคดำเนินการได้อย่างทันทั่วถึงที่ จนนำไปสู่การตั้งโรงทดลองความ ศุขของราษฎร [Public Health Laboratory] (ทวีศักดิ์ เผือกสม, 2550, น. 70-71)

ด้วยเหตุนี้ การเปลี่ยนแปลงหลักสูตรปราสาทวิทยาที่นำโดยมูลนิธิร็อคกี้ เฟลเลอร์นั้น นอกจากจะเป็นการตีกรอบการเดินทางไปสู่ห้องปฏิบัติการ แล้วยังเป็นการเปิดพรมแดนความรู้เรื่องโรคพยาธิอื่น ๆ อีกหลากหลาย สายพันธุ์ในสังคมประเทศไทย ทั้งนี้ในช่วงที่มีการปรับปรุงหลักสูตรของ

โรงเรียนแพทย์อยู่นั้น นายแพทย์เอลลิสผู้ทำหน้าที่หัวหน้าแผนกพยาธิวิทยา ในสมัยแรกได้ร่วมกับมุลนิริร็อกกีเฟลเลอร์ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย และสภากาชาดไทย ทำการสำรวจและบำบัดโรคพยาธิปากขอ ในจังหวัดต่าง ๆ ทั่วประเทศจนนำไปสู่การตั้งสุขาภิบาลตัวอย่างขึ้นเพื่อการสร้างหน่วยกักกันโรคที่ทำเรือกรุงเทพฯ โดยให้อยู่ในความรับผิดชอบของงานรักษาพยาบาลและการสุขาภิบาลของกรมพยาบาลในกระทรวงมหาดไทย (สุชาติ เจตนเสน, 2528, น. 98)

ก่อนหน้าราวหนึ่งทศวรรษ การปฏิรูปโรงเรียนแพทย์ความก้าวหน้าทางปาราสิตวิทยาเดินทางมาถึงเมืองไทยพร้อมกับปรากฏการณ์การค้นพบพยาธิสายพันธุ์หนึ่งในปี พ.ศ. 2454 (1911) เมื่อมีการชันสูตรผ่าศพนักโทษ 2 รายที่จังหวัดเชียงใหม่โดยนายแพทย์เคอร์ (Kerr) และได้ทำการส่งตัวอย่างพยาธิไปยังสถาบันโรคเขตร้อนที่ลิเวอร์พูล ประเทศอังกฤษ เพื่อรับการวินิจฉัยโดยนายแพทย์ไลเปอร์ (Leiper) และปรากฏในรายงานว่าเชื้อพยาธิใบไม้ตับที่นำส่งไปชันสูตรนั้นคือ *Opisthorchis Felineus* อันถือเป็นครั้งแรกที่มีการผ่าร่างคนเพื่อตรวจพยาธิในประเทศไทย การค้นพบเชื้อ *Opisthorchis Felineus* อันเป็นสายพันธุ์พยาธิใบไม้ตับในครั้งนั้นได้นำไปสู่ความคิดเรื่องการตรวจอุจจาระนักโทษเพิ่มขึ้นอีกกว่าทศวรรษต่อมาใน พ.ศ. 2470 โดยนายแพทย์เฉลิม พรหมมาศ ได้รายงานฯ พบพยาธิใบไม้ตับ *Opisthochis Felineus* จำนวน 1,000 ตัว ในท่อน้ำดีของศพชายอายุ 17 ปี จากจังหวัดร้อยเอ็ด เหตุการณ์ข้างต้นนั้นจึงถือเป็นการประกาศและสถาปนา การค้นพบพยาธิสายพันธุ์ *Opisthorchis felineus* ที่เป็นโรคอุบัติใหม่จากเรือนกายไว้วิญญูณของนักโทษชายไทยเชื้อสายอีสาน อย่างไรก็ตาม เชื้อ *Opisthochis Felineus* ก็ไม่ได้เป็นคำตอบสุดท้ายในการวินิจฉัยสายพันธุ์ของพยาธิใบไม้ตับในสยาม เพราะภายหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 ใน พ.ศ. 2495 ดร.เอลวิโอ เอช ซาดุล (Elvio H. Sadun) ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญทางปาราสิตของอเมริกา ได้เข้ามาทำวิจัยร่วมกับแพทย์หญิงสุวัชร วัชรเสถียร เพื่อสำรวจโรคปาราสิตในไทยและพบว่า โรคพยาธิใบไม้ตับมีความชุกชุม

มากที่สุด ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รองลงมาคือภาคเหนือ ทั้งสองได้ศึกษา วิจัยยตัวพยาธิใบไม้ตับโดยละเอียดจนนำไปสู่การตัดคำนำข้อค้นพบพยาธิ สายพันธุ์แรก โดยข้อค้นพบใหม่ที่วินิจฉัยโดยซาตุลันระบุว่าสายพันธุ์พยาธิ ที่ค้นพบนั้นแท้จริง คือ ออพพิสโทโรคิส วิเวอริร์นิ (Opisthorchis Viverrini) (ชูศักดิ์, 2538) เมื่อความรู้เรื่องการค้นพบสายพันธุ์พยาธิเริ่มถูกตั้งคำถาม และเริ่มมีการสถาปนาความรู้ชุดใหม่ จึงนำไปสู่ปฏิบัติการสำคัญในการค้นหา วงชีพจักรของพยาธิใบไม้ตับอย่างละเอียดของหน่วยงานทางการแพทย์อัน เป็นความรู้พื้นฐานที่นำไปสู่การเข้ากระชับและกำหนดเป้าหมายให้พื้นที่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือกลายเป็นพื้นที่โรค (Disease Enclave) เพื่อ ค้นหาแนวทางและกลวิธีในการกวาดล้างทำลายพยาธิ และเพื่อให้พลเมืองมี สุขภาพที่แข็งแรงเพียบพร้อมต่อการเป็นฐานทรัพยากรบุคคลของสังคมไทย

Vol. 25
No. 2
May
-
Aug.
2019

วงชีพจักรพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่ภาคอีสาน

กระบวนการสถาปนาความรู้เป็นเหตุผลสำคัญที่จะทำให้เกิดความคิดเชิง นามธรรมสามารถมีอำนาจและความชอบธรรมในการให้คำอธิบายและสื่อ ความหมายให้เป็นที่เข้าใจได้ แต่กระนั้นก็ตาม ไม่ได้หมายความว่าใครก็ จะสามารถสร้างความรู้อะไรก็ได้ อย่างไรก็ตาม ไร้ข้อสงสัยท่ามกลางสังคมที่มากไป ด้วยความแตกต่าง การสร้างชุดความรู้ความจริงให้ปรากฏและได้รับความ ยอมรับจึงจำเป็นต้องพึ่งพลังพิเศษของฐานความรู้ความจริงตามแนวปฏิฐาน นิยมอันกลายเป็นแม่บทสำคัญของวิธีวิทยาการแสวงหาและสถาปนาความรู้ เกี่ยวกับโลกธรรมชาติในโลกสมัยใหม่

สืบเนื่องมาจากประเด็นเรื่องการก่อร่างชุดความรู้ตามตำราปาราลิต วิทยาของราชแพทยาลัยศิริราชและพยาบาลที่ผู้วิจัยพยายามใช้เป็นจุดตั้งต้น ในการพิจารณาและทำความเข้าใจปรากฏการณ์ทางการแพทย์ในอดีตของ การปรากฏขึ้นของโรคพยาธิใบไม้ตับในสังคมไทย เรือนกายอันไร้วิญญาณ ของนักโทษชาวอีสานจึงอุปมาตั้งกุศลมบัติแห่งวัดราชบูรณะแตกและดึงจุด เอาเหล่าผู้เชี่ยวชาญเข้าไปตั้งฐานพิจารณาชีวิตและสิ่งแวดล้อมของพลเมือง

ในภูมิภาคอีสานเพื่อค้นหาสาเหตุของการเกิดโรค และสร้างกระบวนการป้องกันรักษาให้ร่างกายของเหล่าพลเมืองกลายเป็นผู้ที่มีพลาสมาที่ดีและเป็นกำลังการผลิตของชาติที่มีคุณภาพ ด้วยเหตุดังกล่าวบรรดาหน่วยงานทางการแพทย์และสาธารณสุขจึงเริ่มมีมุมมองต่อเรื้อนร่างเชิงในภูมิศาสตร์ของอีสานในฐานะอาณาบริเวณพื้นที่ของโรคพยาธิใบไม้ตับ และนำไปสู่การสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานทางการแพทย์ต่าง ๆ อันประกอบด้วย คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล องค์การเอกชน และองค์กรต่างประเทศ โดยมีวัตถุประสงค์ในเชิงนโยบายแห่งการค้นหาวงชีพจักรของโรคพยาธิใบไม้ตับเพื่อตั้งป้อมค่ายในการป้องกันและการรักษา

กล่าวได้ว่า การป้องกันและการรักษาได้ปรากฏขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมชัดเจนหลังจากการค้นพบวงชีพจักรของโรคในปี พ.ศ. 2495 เมื่อ ดร.เอลวีโอ เอช ซาดุนและคณะสามารถอธิบายสายพันธุ์พยาธิที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับในประเทศไทยว่าเป็นพยาธิสายพันธุ์ *Opisthorchis Viverrini* (Sadun, 1953 p. 81) และมีรายงานทางสถิติที่ชี้เป้าไปยังพื้นที่ภาคอีสานว่าเป็นบริเวณพื้นที่ที่มีสถิติทางตัวเลขของพยาธิใบไม้ตับมากที่สุดในประเทศไทย เมื่อความชุกที่มากที่สุดปรากฏเป็นตัวเลขเชิงสถิติที่ชี้ชัดขึ้นมาแล้ว สิ่งแรกที่หน่วยงานทางการแพทย์คิดริเริ่มว่าจะต้องทำ คือ การลงพื้นที่เพื่อแสวงหาเหตุปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคและสำรวจพาหะแห่งโรคพยาธิใบไม้ตับขึ้นอย่างจริงจัง กล่าวคือในปี พ.ศ. 2498 (1955) คู่มือประจำจังหวัดนครพนมระบุว่าในช่วง พ.ศ. 2495-2498 มีการสำรวจโรคพยาธิลำไส้ซึ่งนำโดยศาสตราจารย์สวัสดิ์ แดงสว่าง (คู่มือจังหวัดนครพนม, 2498, น. 100) โดยร่วมมือกับหน่วยงานสำคัญ คือ ห้องแล็บซีโต้ และหน่วยพยาธิลำไส้จากทั้ง 4 หน่วย คือ โคราช อุตรธานี สกลนครและอุบลราชธานี (สงวน, 2546) ผลจากการสำรวจก็คือ ประชาชนซึ่งเข้ารับการตรวจและพบเชื้อของโรคมียังจำนวนมากถึงร้อยละ 39.80% และนำไปสู่การตั้งหน่วยควบคุมโรคพยาธิลำไส้ อันเป็นกิจการสุขภาพพลเมืองที่สหรัฐอเมริกาได้เข้ามาดำเนินการให้ความช่วยเหลือในการตั้งหน่วยสุขศึกษาและอุปกรณ์ในทางสุขศึกษา

ในพื้นที่ภาคอีสานของไทย อีสานจึงนับว่าเป็นอาณาบริเวณที่ได้รับความสำคัญเป็นพิเศษ โดยกิจการทางสาธารณสุขได้รับงบประมาณมากที่สุด คือ 1,120,000 เหรียญสหรัฐ ทั้งนี้งบประมาณส่วนหนึ่งในโครงการนี้ก็คือ การนำไปใช้ในการควบคุมโรคพยาธิลำไส้ ปรามปรามโรคไข้จับสั่นและโรคเท้าช้าง การสร้างโรงพยาบาลและสาธารณสุขจังหวัด การศึกษาทางการแพทย์ การอนามัยศึกษา เป็นต้น (ธันวา วงศ์เสงี่ยม, 2553, น. 214) ในเวลาต่อมา หน่วยพยาธิลำไส้ทั้ง 4 หน่วยก็สลายตัวไปในปี พ.ศ. 2501 เมื่อแหล่งทุนสำคัญอย่างสหรัฐอเมริกาหยุดให้การสนับสนุนโครงการ (สุชาติ เจตนาเสน, 2528, น. 100)

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าสหรัฐอเมริกาจะมีได้ให้การสนับสนุนโครงการ หนองพยาธิอีกต่อไป แต่การค้นหาโรคพยาธิในพื้นที่ภาคอีสานก็ไม่ได้ชะงักงันลงแต่อย่างใด โดยใน พ.ศ. 2500 ก็ยังคงมีความพยายามที่จะเสาะสืบอย่างละเอียดถึงสาเหตุการเกิดและการติดโรคพยาธิใบไม้ในตับของพลเมืองอีสาน โดยที่นายแพทย์จำลอง หาริณสุต ได้รับทุนวิจัยโรคพยาธิใบไม้ตับจากองค์การ China Medical Board ของมูลนิธิริออคกีเฟลเลอร์ของสหรัฐอเมริกา ในระหว่างปี พ.ศ. 2499-2502 ทั้งนี้โครงการ วิจัยในครั้งนี้ได้นำไปสู่ความร่วมมือจากบุคคลสำคัญทางการแพทย์จากหลายสถาบัน โดยมีแพทย์หญิง สุวัชร วัชรเสถียรและนายแพทย์สุชาติ เจตนาเสน เข้ามาร่วมโครงการเพื่อ วิจัยการแพร่ระบาดของโรคพยาธิใบไม้ตับในภูมิภาคอีสาน จนนำมาสู่ “ข้อค้นพบ” ทางสถิติที่มีตัวชี้วัดสำคัญดังต่อไปนี้ ภาคอีสานมีความชุกของพยาธิใบไม้ตับ 29.8% โดยเรียงลำดับได้ดังต่อไปนี้ จังหวัดกาฬสินธุ์ 87.70% จังหวัดมหาสารคาม 79.80% และจังหวัดสกลนคร 72.00% ส่วนในภาคเหนือ พบเฉลี่ย 10.30% โดยเรียงตามลำดับได้ดังต่อไปนี้ จังหวัดเชียงใหม่ 20.50% และจังหวัดน่าน 19.90% (สว่างใจ ฟิงพัคตร์, 2536, น. 34,100) ด้วยเหตุนี้ สถิติดังกล่าวจึงนำไปสู่ความต้องการค้นหาสาเหตุอันแท้จริงของการระบาดของโรคและพื้นที่ซ้ำโรคอีกครั้งหนึ่ง

การสำรวจที่สำคัญอีกครั้งหนึ่ง คือ การสำรวจของนายแพทย์ จำลอง หาริณสุต แก่นนำสำคัญที่ร่วมมือกับกองควบคุมโรคติดต่อ กรมอนามัย

กระทรวงสาธารณสุข ดร. ไวก็อฟฟ์ (Dr. D. E. Wykoff) จากสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทยทหาร (ในสังกัดของ SEATO) และ ดร. บรันด์ท์ (Dr. Brundt) ผู้เชี่ยวชาญเรื่องหอยน้ำจืดจากประเทศเยอรมัน คือ โครงการเพื่อการศึกษาวงชีพจักรของโรคจนสำเร็จในช่วง พ.ศ. 2508 อันนำไปสู่การสร้างข้อค้นพบวงชีพจักร (Life Cycle) ของโรคพยาธิใบไม้ตับในประเทศไทยอย่างละเอียด ทั้งด้วยวิธีการพิสูจน์ในห้องปฏิบัติการและในพื้นที่สนาม โดยใช้จังหวัดสกลนคร จังหวัดกาฬสินธุ์ จังหวัดขอนแก่นและจังหวัดอุดรธานีเป็นสนามในการวิจัย จนสามารถอธิบายเป็นบทสรุปที่ตรงกันกับที่ ดร. ซาดุนเคย ระบุว่า “พยาธิใบไม้ตับที่ทำให้เกิดโรคในประเทศไทยเป็นชนิด *Opisthorchis Viverrini*” (ตระหนักจิต หะริตสุต, 2536, น. 18; ประภาศรี จงสุขสันติกุล, 2536, น. 34) เมื่อได้คำตอบเป็นที่ตรงชัดเช่นนั้นแล้ว สิ่งที่เกิดเป็นผลตามมา คือ การมุ่งพิจารณากิจกรรมชีวิตประจำวัน สภาพแวดล้อม และลักษณะทางภูมิศาสตร์ในภูมิภาคของพื้นที่โรคเพื่อการอธิบายถึงความสัมพันธ์และค้นหาแนวทางในการป้องกันต่อไป

อนึ่ง ในช่วงเวลาแห่งการสถาปนาวงชีพจักรของโรคพยาธิใบไม้ตับในประเทศไทยนั้น หลายจังหวัดในภาคอีสานได้ถูกตั้งเป็นฐานทัพอเมริกันหลายแห่ง เช่น โคราช อุดรธานี อุบลราชธานี และนครพนม ฐานทัพต่าง ๆ เหล่านี้เกิดขึ้นในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของการร่วมมือทางทหารระหว่างไทยกับสหรัฐอเมริกา ทั้งยังเป็นเส้นทางการค้าค้นพบพยาธิสายพันธุ์ออฟฟิสโทซิส วิเวอริณี ที่เกิดขึ้นควบคู่กับโครงการพัฒนาที่สำคัญของอีสาน โดยหนึ่งในโครงการเหล่านั้น คือ การส่งเสริมการพัฒนาชุมชน การจัดการศึกษา และสาธารณสุขในท้องถิ่น ซึ่งเป็นแผนพัฒนาพิเศษที่สร้างขึ้นเพื่อพัฒนาภูมิภาคโดยเฉพาะและไม่ได้อยู่ภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติในช่วงเวลา 5 ปีแรก คือ พ.ศ. 2504-2509 ทั้งนี้พัฒนาการพิเศษดังกล่าวก็ดำเนินการภายใต้การสนับสนุนงบประมาณความช่วยเหลือจากสหรัฐอเมริกา (ชาร์ลส์ เอฟ คาย, 2556, น. 120-124)

ในแง่หนึ่ง การปรากฏขึ้นของพยาธิสายพันธุ์ *Opisthorchis Viverrini* ที่ถูกอธิบายผ่านการสำรวจข้างต้นนั้นจึงเสมือนเป็นการตอกย้ำการปฏิเส

ข้อค้นพบจากห้องปฏิบัติการทางวิทยาศาสตร์ของไลเปร์ที่เคยกล่าวว่าโรคพยาธิใบไม้ตับที่พบนั้นเป็นสายพันธุ์ *Opisthochis Felineus* ซึ่งเป็นพยาธิใบไม้ตับสายพันธุ์ที่มีพื้นที่ระบาดอยู่ในเขตตะวันออกของประเทศศรีเสียดและยุโรปตะวันออก ส่วนการค้นพบใหม่ที่เป็นสายพันธุ์ *Opisthorchis Viverrini* นั้นถือเป็นการค้นพบพยาธิสายพันธุ์ที่มีการระบาดอยู่ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ คือ บริเวณลุ่มน้ำโขงอันหมายถึง ไทย ลาวและกัมพูชา ทั้งนี้ความสับสนดังกล่าวน่าจะมาจากเหตุผลที่ว่าพยาธิทั้งสองสายพันธุ์มีรูปร่าง การแพร่พันธุ์ และวงจรชีวิตที่ใกล้เคียงและคล้ายคลึงกัน แต่สิ่งที่แตกต่างกันออกไปคือรูปแบบวิถีในการระบาด (ตระหนักจิต หารือสุข, 2536, น. 14-16) ดังนั้น การปรากฏตัวขึ้นโดยมีรายงานวิจัยรับรองอย่างหนักแน่นของพยาธิสายพันธุ์ใหม่ในภูมิภาคอีสาน โดยมาจากการสำรวจของคณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดลและความร่วมมือข้ามชาติ จึงนำไปสู่การพัฒนารูปแบบของปฏิบัติการกวาดล้างเชื้อพยาธิในพื้นที่เฉพาะอย่างเป็นทางการในพื้นที่ภาคอีสานนับตั้งแต่นั้นเป็นต้นมา

กล่าวได้ว่า ในที่สุดแล้วการค้นหาแนวทางในการกวาดล้างเชื้อพยาธิใบไม้ตับของตัวแทนแห่งความรู้และสถาบันของความรู้การแพทย์สมัยใหม่ดังกล่าวก็ได้้นำเอาชีวิตประจำวันของพลเมืองอีสานเข้ามาพิจารณาในประเด็นเรื่องวัฒนธรรมการปรุงกินอาหาร อันหมายถึง การนำปลาที่อาศัยอยู่ตามแหล่งน้ำมาปรุงรสด้วยเครื่องชูรสเพื่อเพิ่มรสชาติอาหาร โดยกระบวนการปรุงอาหารนั้นถูกมองว่าไม่ได้มีการปรุงสุกและน่าจะมีส่วนสัมพันธ์กับการระบาดของโรคพยาธิใบไม้ตับ นอกจากนี้ ยังปรากฏว่าการกินอาหารที่ปรุงจากปลา ซึ่งเรียกว่าปลาแดก อันเป็นปลาดิบที่หมักด้วยเกลือและรำข้าว และเป็นอาหารหลักของพลเมืองชาวอีสาน ก็ถูกนำมาพิจารณาว่าคือมูลเหตุสำคัญของโรคพยาธิของอีสาน ด้วยเหตุนี้เอง วัฒนธรรมอาหารดังกล่าวอันเป็นวิถีชีวิตและกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จึงถูกนำมาวิเคราะห์ประกอบวงชีพจักรของโรคพยาธิใบไม้ตับกันอย่างจริงจัง ดังที่ สุชาติ เจตนเสนระบุ (ดูสุชาติ เจตนเสน, 2529, น. 101)

ในที่สุดแล้ว การค้นพบวงซีฟจักรอย่างละเอียดเช่นนี้มีเพียงทำให้เข้าใจในห่วงโซ่ของการติดต่อระหว่างวงซีฟจักรของพยาริโนมนุษย์ แต่ยังสามารถสืบการพิจารณาถึงกิจกรรมในชีวิตของพลเมืองอีसान และทำให้ผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์และสาธารณสุขถูกระดมเข้าสู่พื้นที่เพื่อทำการรณรงค์และเผยแพร่องค์ความรู้ทางสุขศึกษาให้แก่พลเมือง โดยงานสุขศึกษานั้นมิใช่แค่เพียงการสนับสนุนขวัญกำลังใจให้แก่พลเมืองเท่านั้น แต่ยังต้องรวมไปจนถึงการสนับสนุนทางด้านวัตถุ เนื่องจากงานสุขศึกษาเป็นงานทางด้านสาธารณสุขการเพื่อส่งเสริมให้พลเมืองเกิดความตระหนักต่อภัยอันตรายของโรคเอดส์ ความรู้ และภาพยนตร์ทางสุขศึกษา จึงถือเป็นวัสดุอุปกรณ์สำคัญที่นำมาจัดวางและสร้างการเรียนรู้ให้เกิดขึ้นในหมู่พลเมือง ทั้งนี้หลักฐานที่ปรากฏให้เห็นและยืนยันอย่างชัดเจนในการให้ความรู้ด้านสุขศึกษาแก่พลเมืองเรื่องอันตรายและวิธีป้องกันโรคพยาริโบไมด์เริ่มต้นดำเนินการอย่างจริงจังใน พ.ศ. 2508 อย่างไรก็ตาม ลักษณะการให้ความรู้ด้านสุขศึกษานั้นได้เริ่มมีมาตั้งแต่ พ.ศ. 2495 โดยวิธีการให้ความรู้จะเน้นการสร้างความรู้ตระหนักถึงสาเหตุการเกิดและการป้องกันโรค ทั้งนี้เนื่องมาจากเริ่มปรากฏแนวคิดที่ว่า พลเมืองมักจะมองไม่เห็นว่าการส่งเสริมสุขภาพหรือการป้องกันโรคว่าเป็นเรื่องที่สำคัญเร่งด่วน ดังนั้นการสร้างความรู้ตระหนักเกี่ยวกับการสุขศึกษาจึงเป็นประเด็นสำคัญที่จะนำไปสู่ความสัมฤทธิ์ผลของการบริการทางด้านสาธารณสุข (อดิศักดิ์ สัตย์ธรรม, 2524, น. 15-16) แต่ปฏิบัติการอย่างจริงจังในการสร้างสื่อและการรณรงค์แบบอื่น ๆ เช่น การใช้เอกสารแผ่นพับได้เริ่มปรากฏขึ้นใน พ.ศ. 2505 โดยเนื้อหาของสื่อที่ผลิตและเผยแพร่เข้าไปในภาคอีसानในช่วงนี้จะเน้นหนักในเรื่อง “โรคพยาริโบไมด์ในตำบลท่าอย่างไรถึงไม่เป็น” นอกจากนี้ยังมีใบปลิวโฆษณาซึ่งมีเนื้อหาที่เน้นหนักในเรื่อง “จงใจไม่กินปลาดิบ ๆ สุก ๆ” และฟิล์มภาพยนตร์กับสไลด์ชุดที่มีเนื้อหาที่เน้นหนักในเรื่องการรณรงค์ให้เลิกการ “กินดิบ” และ “การป้องกันโรคพยาริโบไมด์” รวมทั้งมีสารคดีเกี่ยวกับโรคพยาริโบไมด์ เรื่อง “บ้านทันสมัย” ซึ่งใช้บทพูดเป็นภาษาอีसान (ประสิทธิ์ สิริพันธ์, 2529, น. 134-136) จึงกล่าวได้ว่า

ในช่วงเวลานั้น ผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์และสาธารณสุขของรัฐได้พยายามสร้างความรู้ให้แก่พลเมืองเพื่อให้เกิดความเข้าใจถึงสาเหตุแห่งการเกิดโรค โดยมุ่งไปสู่พื้นที่จังหวัดสกลนคร ซึ่งเป็นเขตพื้นที่ที่มีสถิติตัวเลขของความชุกโรคพยาธิใบไม้ตับมากที่สุด

ในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2509 สภาการพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติได้อนุมัติให้กรมอนามัยจัดตั้งโครงการขึ้นทดลองควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับขึ้น และกองควบคุมโรคติดต่อก็ได้ถูกจัดตั้งขึ้นที่จังหวัดสกลนคร โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะสำรวจให้ได้ข้อมูลที่แท้จริงเรื่องสถานการณ์ของโรค โดยช่วงระยะเวลาที่โรคพยาธิใบไม้ตับยังไม่ปรากฏยาที่สามารถรักษาให้หายขาด การควบคุมโรคจึงเน้นหนักในด้านการป้องกัน กล่าวคือ มุ่งให้การสุขศึกษาแก่ประชาชนเพื่อเข้าใจในโรค และเข้าใจวิธีในการป้องกันโรคดังกล่าว โดยใช้วิธีการประชุมกลุ่มผู้นำและประชาชนในหมู่บ้าน เยี่ยมบ้านในทุกหลังคาเรือน เพื่อให้ความรู้การสุขศึกษาเป็นรายบุคคล การสาธิตการประกอบอาหารสุก และจัดหาอุปกรณ์การประกอบอาหารมาจำหน่ายในราคาถูก (หม้อดินเผาเพื่อต้มปลาร้า) ในปีรายงานประจำปี พ.ศ. 2512 ของกรมอนามัยได้ทำการแจ้งผลการดำเนินงานในการจำหน่ายหม้อดินต้มปลาร้าก่อนรับประทานว่ามีจำนวนทั้งสิ้น 2,500 ใบทั้งนี้เป็นไปเพื่อมุ่งหวังส่งเสริมให้พลเมืองเกิดนิสัย (health habit) ในการกินอาหารสุก (กรมอนามัย, 2511, น. 243)

ต่อมาในราว พ.ศ. 2517 แม้หน่วยงานควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับที่สกลนคร ถูกยุบลง แต่งานพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่ก็ยังคงดำเนินอยู่ โดยเปลี่ยนเป็นการมุ่งไปที่การให้ความรู้การสุขศึกษาและการปรับปรุงด้านสุขวิทยามากขึ้น งานสุขศึกษาจึงเป็นวิธีการสำคัญที่คู่ขนานไปกับการป้องกันการเกิดโรค ทั้งนี้หลังจากการค้นพบวงชีวิตจักรพยาธิใบไม้ตับในสังคมไทยขึ้นอย่างละเอียดแล้ว ก็เกิดความร่วมมือของหลายหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนที่ลงพื้นที่สำรวจและให้ความรู้การสุขศึกษาแก่ประชาชนในพื้นที่ที่เกิดโรค และยังได้นำไปสู่การเคลื่อนขยับของหน่วยงานเอกชนที่ผนึกกำลังร่วมกับหน่วยงานทางแพทย์ อันได้แก่ สมาคมพัฒนาประชากร

และชุมชน ซึ่งเป็นสมาคมที่มีพัฒนาการมาจากสำนักงานบริการวางแผนครอบครัวชุมชนชุมชนตั้งแต่ พ.ศ. 2517 โดยจะเริ่มดำเนินงานตั้งหน่วยครอบครัวเป็นพื้นฐาน และขยายขอบข่ายของการบริการออกไปตามประเภทของกิจกรรมที่มุ่งจะพัฒนา เช่น การให้บริการด้านการควบคุมโรคหนองพยาธิ การให้บริการสาธารณสุขมูลฐาน การปรับปรุงแหล่งน้ำดื่ม-น้ำใช้ การปรับปรุงระบบการผลิตในการเกษตร ทั้งนี้กรอบแนวการพัฒนานี้สอดคล้องไปตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติ

การดำเนินงานของสมาคมพัฒนาประชากรและชุมชนได้เริ่มมีบทบาทในการควบคุมโรคหนองพยาธิตั้งแต่ในราว ๆ พ.ศ. 2519 ลักษณะของโครงการได้ถูกจัดทำขึ้นคู่ขนานไประหว่างโครงการวางแผนครอบครัวและโครงการควบคุมโรคหนองพยาธิ โดยใช้ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 3 ปี คือระหว่าง พ.ศ. 2519-2522 และได้รับการสนับสนุนจากองค์กรความร่วมมือด้านการวางแผนครอบครัวระดับนานาชาติ (Japanese Organization for International Cooperation in Family Planning Inc.-JOICEP) จากประเทศญี่ปุ่น (ดูกรมควบคุมโรคติดต่อ, 2525, น. 670) โดยลักษณะสำคัญของโครงการจะแบ่งออกเป็น 2 โครงการย่อยตามพื้นที่การดำเนินงาน คือการดำเนินงานเขตเมืองและการดำเนินงานเขตชนบท โดยทั้ง 2 เขตจะมีลักษณะงานตั้งแต่การบริการตรวจรักษา การให้สุขศึกษา การป้องกัน การปรับปรุงสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม และตรวจสุขภาพอนามัย (สันต์ศิริ ธรรมณี, 2528, น. 122.)

กล่าวให้ถึงที่สุดแล้ว การค้นพบวงชีพจักรของโรคพยาธิใบไม้ตับในช่วงระยะเวลาข้างต้นถือเป็นปรากฏการณ์ที่ทำให้สามารถมองเห็นการเคลื่อนตัวขององค์กรเอกชนที่เข้ามาสนับสนุนหน่วยงานของรัฐในการก่อรูปโครงการเพื่อป้องกันและการรักษาผ่านกลวิธีทางด้านสุขศึกษาและการปรับปรุงด้านสุขวิทยา ในขณะที่เดียวกัน การสำรวจพื้นที่โรคพยาธิภูมิภาคอีสานของไทยก็มีได้หยุดเพียงแค่วงเวลาที่ค้นพบวงชีพจักรของโรคในช่วง พ.ศ. 2523-2524 เท่านั้น เนื่องจากฝ่ายหนองพยาธิของกองโรคติดต่อ ในสังกัด

กรมควบคุมโรคติดต่อเพื่อทำการสำรวจโรคพยาธิใบไม้ครั้งใหญ่ทั่วประเทศ ขึ้นอีกระลอกหนึ่ง

ดังนั้น หากพิจารณากันในภาพรวมการสำรวจโรคพยาธิใบไม้ดัดในสังคมไทยในอดีตที่ผ่านมา นั้นจึงสามารถแบ่งเป็นได้ 3 ระลอกใหญ่ คือ ระยะเวลาแรกเป็นการสำรวจใน พ.ศ. 2494 ซึ่งทำให้สามารถสถาปนาโรคที่ปรากฏอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ช่วงเวลาที่ 2 ในราวทศวรรษ 2500 คือ การสำรวจที่จะเน้นไปเรื่องการสถาปนาวางชีพจักร เพื่อหาค่าอธิบายและหาแนวทางการกระชับพื้นที่ด้วยการค้นหาวิธีการป้องกันและรักษาโรค คือ การสำรวจในระลอกที่ 3 อันเป็นการสำรวจใหญ่อีกครั้งทั่วประเทศ และเป็นไปเพื่อการสถาปนารักษาโรคพยาธิใบไม้ดัดขึ้นในสังคมไทย เพราะนอกเหนือจากการให้ความรู้ด้านสุขศึกษาแล้ว คณะเวชศาสตร์เขตร้อนยังมีความพยายามในการหาทางรักษาโรคพยาธิใบไม้ดัดด้วยการใช้ยา

การสำรวจความชุกชุมของโรคพยาธิใบไม้ดัดในภูมิภาคอีสานของไทย ทั้ง 3 ช่วงเวลานั้น ทำให้เกิดตัวเลขสถิติสำคัญในการสร้างความหมายของการกลายสภาพเป็นพื้นที่โรค และจำเป็นต้องถูกกวาดล้างให้กลายเป็นพื้นที่ปลอดเชื้อ ทั้งนี้ด้วยวิธีการเคลื่อนกำลังทัพของหน่วยงานทางการแพทย์เพื่อการชำระล้างให้ไรโรคการสำรวจทั้ง 3 ระลอกสามารถได้นำไปสู่การพิจารณา “จังหวัดสกลนคร” เป็นพื้นที่ๆ ก่อโรคพยาธิใบไม้ดัด ซ้ำซากเรื่อยมาตั้งแต่แรกเริ่มการสำรวจ จนกระทั่งถึงยุคแห่งวัฒนธรรมการใช้ยาในการรักษาโรคพยาธิใบไม้ดัดโดยในช่วงระลอกที่สามนี้เองซึ่งอาจเรียกได้ว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ เนื่องจากมีการนำยามาใช้ในโครงการควบคุมโรค พร้อมกับภารณรงศ์ให้ความรู้การสุขศึกษาและการปรับปรุงสุขาภิบาลในช่วงปี พ.ศ. 2523-2524 (ตระหนักจิต หะริตสูต, 2536, น. 18-19) และในช่วงระหว่างปีนั้นก็ได้มีขยายการสำรวจโรคพยาธิใบไม้ดัดขึ้นในภาคอีสานเพื่อเตรียมพื้นที่ใช้ยาในการรักษาโรคพยาธิใบไม้ดัดครอบคลุมภาคอีสานใน 7 จังหวัด รวมจำนวนคนทั้งสิ้น 14,582 คน โดยมีกรมควบคุมโรคติดต่อรับหน้าที่ในการสำรวจ

การสำรวจใหญ่ 7 จังหวัดภาคอีสานในครั้งนี้นำไปสู่การสำรวจชนิดของพยาธิอื่น ๆ อีกด้วยโดยในช่วงเวลาแห่งการสำรวจนั้นกลับพบว่าจำนวนความชุกชุมของพยาธิปากขอมีมากกว่าพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่ของภาคอีสาน (ตุสมพร พฤษราช และคณะ, 2525, น. 255) โดยสำหรับเรื่องพยาธิปากขอในประเทศไทยนั้นได้ปรากฏหลักฐานการขอความช่วยเหลือจากสหรัฐอเมริกาตั้งแต่ก่อนการเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ. 2475 โดยผ่านการดำเนินงานของมูลนิธิโรคกีเฟลเลอร์กล่าวคือ โครงการปราบปรามพยาธิปากขอในชนบท (เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ, 2528, น. 127-132) ดังนั้นหากวิเคราะห์ถึงความจำเป็นในการป้องกันและการรักษาแล้วพยาธิปากขอย่อมเป็นโรคที่ควรถูกจัดการเป็นหลัก หากแต่ในช่วงเวลาดังกล่าวพยาธิใบไม้ตับกลับถูกหยิบมาเป็นปัญหาเร่งด่วน ทั้งกล่าวได้ว่า การเกิดขึ้นของพยาธิสายพันธุ์ใหม่ คือ ออพทิสโทรคิส วิเวอริณี (Opisthorchis Viverrini) สามารถนำไปสู่การสร้างความร่วมมือของหน่วยงานทางการแพทย์ หน่วยงานภาครัฐ และองค์กรเอกชนกันอย่างคับคั่ง โดยสิ่งที่ทำได้ดีที่สุดในช่วงเวลานั้นของผู้เชี่ยวชาญ คือ การให้ความรู้ด้านการสุขศึกษาและการสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเกิดและการป้องกันโรคในพื้นที่ทั้งของพลเมืองผู้ติดโรคและพลเมืองกลุ่มเสี่ยง รวมทั้งขยายพื้นที่ในการทดลองยาให้เพื่อครบวงจรตามกรอบปฏิบัติทางการแพทย์ อีกทั้งอย่างไรก็ดีจะเห็นได้ว่าจากความร่วมมือของเจ้าภาพร่วมเปลี่ยนแปลงไปในแต่ละโรคในแต่ละยุคสมัย ดังเช่น โครงการพยาธิปากขอที่มีสหรัฐอเมริกาเคยให้ความช่วยเหลือ และพยาธิใบไม้ตับเองก็ปรากฏให้เห็นเจ้าภาพใหม่ในการเข้าร่วมในช่วงเวลาต่อมา คือ สหพันธรัฐเยอรมัน

เมตาเซอร์คอเรีย: ระยะตัวโรคในเรื้อนกายมนุษย์

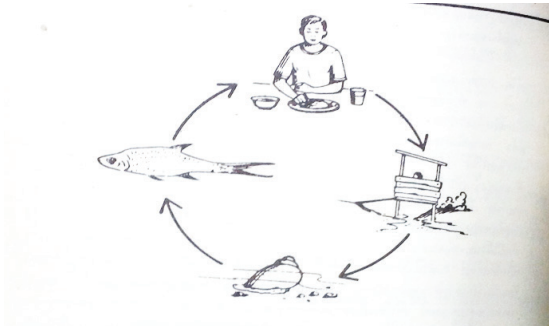
“ท่านเคยกินปลาร้าดิบหรือไม่?” คือคำถามในแบบฟอร์มสำรวจที่ถูกจัดทำขึ้นโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนครที่ใช้ในการคัดกรองด้วยวาจา (Verbal Screening) เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งท่อน้ำดี

ในประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไปที่เป็นชาวอีสานโดยกำเนิด และดำเนินการภายใต้ยุทธศาสตร์ “กำจัดพยาธิใบไม้ตับ ลดมะเร็งท่อน้ำดี วาระคนอีสาน” (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เดือนกันยายน 2555) ในการสำรวจครั้งนี้ปลาแดกหรือปลาร้าได้ถูกนำเสนอเป็นอาหารกลุ่มเสี่ยงของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับที่มีพัฒนาการไปสู่การเป็นมะเร็งท่อน้ำดี เมื่อปลาแดกถูกพิจารณาเป็นอาหารคลุ้มเคลื่อน้ำตั้งข้อสังเกตว่า อาหารประเภทปลาแดกนั้นมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอย่างไร เพราะหากพิจารณาแล้วปลาแดกเป็นผลิตภัณฑ์ทางอาหารที่เพิ่งเริ่มปรากฏให้เห็นในการอธิบายวงชีพจักรของพยาธิใบไม้ตับในประเทศไทยมาเมื่อปี 2508 จนกล่าวได้ว่าการค้นพบวงชีพจักรของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับนี้ได้นำไปสู่การพิจารณาอาหารและการกินของพลเมืองชาวอีสาน

การปรากฏคำอธิบายการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับว่ามีสาเหตุมาจากการกินอาหารประเภทปลาที่เป็นอาหารดิบหรืออาหารที่ไม่ผ่านกรรมวิธีการปรุงโดยด้วยความร้อนจากไฟดังกล่าวนี้ไม่ได้หยุดนิ่งตายตัวเพียงเท่านั้นแต่ยังถูกขยายความต่อไปถึงปัจจัยอย่างอื่นที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกันโดยตรง กล่าวคือ เมื่อพิจารณาอาหารการกินของพลเมืองชาวอีสานตามคำอธิบายถึงสาเหตุของการเกิดโรคโดยธรรมชาติผู้เชี่ยวชาญแล้ว อาหารหลักของคนอีสานได้ปรากฏให้เห็นหลากหลายชนิด โดยแต่ละชนิดนั้นจะมีวิธีในการปรุงที่แตกต่างกันตามวัตถุดิบ ทั้งนี้อาหารของชาวอีสานเกือบทุกชนิดจะมีอาหารปลาแดก/ปลาร้า เป็นส่วนประกอบหลักที่สำคัญและเป็นผลิตภัณฑ์อาหารที่สร้างรสชาติของพลเมืองอีสาน (จารุวรรณ ธรรมวัตร, 2540) การค้นพบการเกิดโรค (Disease) ด้วยกรอบคิดทางวิทยาศาสตร์ที่ระบุเพียงแต่การกินปลาดิบจึงถูกขยายความและทำให้สิ่งที่ไม่สามารถมองเห็นได้ด้วยตาเปล่า จนเป็นสิ่งที่มีความน่ากลัวควรแก่การระวังและส่ำทับด้วยภาษาของห้องปฏิบัติการวิทยาศาสตร์ที่เป็นคำอธิบายที่สำคัญ

ฉะนั้นการค้นพบวงชีพจักรของพยาธิใบไม้ตับจึงควรถูกนำมาพิจารณาในหลายประเด็นสำคัญของความเป็น (อาหาร) อีสานตามกรอบคิดทาง

การแพทย์ด้วยการพิจารณาถึงฐานทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อมและบริบททางวัฒนธรรม โดยถูกสื่อออกเป็นภาพเพื่อสร้างความหมายพร้อมกับอธิบายถึงเป้าหมายที่นำไปสู่การกำจัดและการป้องกันโรคตามการแพทย์กระแสหลัก ดังภาพต่อไปนี้



ภาพ 1 วงชีวิตจักรของโรคพยาธิใบไม้ตับ
ที่มา: วารสารสุขภาพฉบับประชาชน, 2516, น. 107.

กล่าวได้ว่า วงจรข้างต้นเป็นรูปแบบการสร้างความรู้ความเข้าใจตัวโรคพยาธิใบไม้ในตับในยุคแรก ๆ ที่พยายามอธิบายสิ่งที่เป็นนามธรรมให้เห็นภาพวงจรของการเกิดขึ้นของโรคอย่างง่ายที่สุด โดยมีปลาเป็นสัตว์นำโรคสำคัญในการส่งผ่านตัวโรคเข้าสู่ร่างกายของมนุษย์ ดังนั้นก่อนระยะสำคัญแห่งการเกิดโรคนั้น “ปลา” จึงถือเป็นจุดเปลี่ยนผ่านแห่งการบ่มเพาะระยะอย่างพอดีแก่การเดินทางต่อไปของตัวโรค แต่นั่นก็ไม่ได้หมายความว่า ก่อนการเดินทางของตัวโรคมาสู่ปลาจะไร้ตัวส่งผ่าน เพราะในวงจรการเกิดโรค “หอย” ก็ถือเป็นจุดเปลี่ยนผ่านแห่งการบ่มเพาะระยะสำคัญพอดีสู่การเดินทางต่อไปยังตัวปลาเช่นกัน ดังนั้น ทุกระยะสำคัญของการบ่มเพาะตัวโรคนั้นจึงปรากฏอยู่ในสัตว์ที่เป็นอาหารของมนุษย์และเป็นอาหารทางวัฒนธรรมแทบทั้งสิ้น

ด้วยเหตุดังนั้น เมื่อผู้เชี่ยวชาญสร้างคำอธิบายถึงพาหะแห่งการเกิดโรคและมุ่งพิจารณาสัตว์นำโรคเป็นรายประเภทที่มีบทบาทต่อการเปลี่ยนแปลง

พฤติกรรมการกินและวัฒนธรรมการปรุงอาหารของพลเมืองอีสาน หน่วยงานทางการแพทย์และสาธารณสุขจึงมุ่งพิจารณาไปที่หอยและปลาโดยให้มีการระมัดระวังภัยในการประกอบอาหารจากสัตว์น้ำโรคทั้งตัวที่ 1 และ 2 โดยตัวที่ 1 หมายถึงหอยไม่ว่าจะเป็นหอยโข่ง หอยขม หอยไซหรือหอยก้นไซ หอยพิฆหรือหอยคัน ซึ่งล้วนแต่เป็นหอยที่พบอยู่ทั่วไปในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคกลาง (ผู้เชี่ยวชาญโรคพยาธิใบไม้ตับ, 2541, น. 3-7) ทั้งนี้ได้มีการแบ่งช่วงวงจรการติดโรคเป็น 3 ระยะ คือ “ระยะไมราซิเดีย” (Miracidia) เป็นระยะที่ตัวอ่อนพยาธิใบไม้ไซเติบโตพัฒนาเป็นตัวอ่อนระยะต่าง ๆ อยู่ในหอยอย่างเต็มที่พร้อมฝังพักตัวจนเติบโตเป็นตัวอ่อนใน “ระยะเซอร์คอเรีย” (Cercariae) ซึ่งเป็นระยะที่บ่มเพาะอยู่ในหอยราว ๆ 6-8 สัปดาห์เมื่อโตเต็มที่รูปร่างปราดเปรียวหางยาว พร้อมต่อการเดินทางต่อไปก็จะไปฝังพักตัวในปลาซึ่งเป็นพาหะลำดับที่สอง (สายพันธุ์ปลากรวด) และพัฒนาระยะการติดต่อเป็น “ระยะเมตาเซอร์คอเรีย” (Metacercaria) ซึ่งเป็นพยาธิตัวอ่อนในเนื้อปลา ตัวอ่อนในระยะนี้จะใช้เวลาการเจริญเติบโตเป็นพยาธิใบไม้ตับในปลาราว ๆ 4 สัปดาห์ (คณะผู้เชี่ยวชาญแห่งชาติ เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ, 2531, น. 9-10)

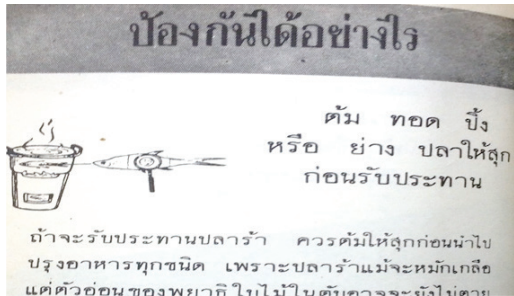
ด้วยกรอบการอธิบายดังกล่าว อาหารการกินในชีวิตประจำวันของพลเมืองชาวอีสานจึงถูกทำให้กลายเป็นภัยอันตรายต่อการกินที่หน่วยงานทางการแพทย์ต้องสร้างความรู้ความเข้าใจและปลูกสร้างวัฒนธรรมการกินแบบใหม่เพื่อการกำจัดและป้องกันโรค ดังนั้น เมื่อปลากลายเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่ต้องนำมาพิจารณา เพราะมีตัวโรกระยะเมตาเซอร์คอเรียที่ลงตัวพอดีต่อการเพาะเชื้อโรคได้อย่างสมบูรณ์ อันได้รับการพิสูจน์แล้วทั้งในพื้นที่และในห้องปฏิบัติการเมื่อเป็นเช่นนั้น สิ่งที่น่าประหลาดใจต่อมา คือ รูปแบบของการรณรงค์ที่จะทำให้เห็นถึงโทษภัยในการกินปลาของหน่วยงานทางการแพทย์จึงปรากฏขึ้นในพื้นที่ ๆ มีวัฒนธรรมในการกินปลาสายพันธุ์ที่จะก่อให้เกิดพยาธิใบไม้ตับในภาคอีสาน

หากกล่าวถึงระยะเมตาเซอร์คอเรีย ซึ่งเป็นคำที่นำมาใช้อธิบายระยะการติดต่อจากตัวปลาไปสู่สิ่งมีชีวิตหรือกลายเป็นเชื้อโรครภายในร่างของ

มนุษย์นั้น ความรู้ในเรื่องระยะเมตาเซอรัคอเรียได้ถูกอธิบายอย่างเป็นทางการ เหตุเป็นผลตามหลักปฏิฐานนิยม (Positivism) ผ่านสถาบันทางการแพทย์ อย่างไรก็ตาม ในระยะแรกของการค้นพบซีฟจักรนั้นยังไม่ได้มีการอธิบายไปให้ถึงตัวโรคที่ขังบ่มในอวัยวะของตัวปลาหากเพียงแต่มีการเสนอให้เห็นว่าระยะเมตาเซอรัคอเรียจะบ่มตัวอยู่ในปลาที่มีเกล็ดและพร้อมที่จะเดินทางสู่ร่างกายของมนุษย์ จนกระทั่งในราวปี พ.ศ. 2525 คำอธิบายเกี่ยวกับตัวปลาจึงเริ่มถูกผลิตขึ้นอย่างเข้มข้น โดยมีการเสนอให้เห็นภาพการขังตัวของตัวโรคคือ หัว ครีบ กล้ามเนื้อ หนัง และเกล็ด อันเป็นพื้นที่ในการบ่มเพาะตัวโรค และยังเสนออีกถึงไปถึงบริเวณที่มีตัวโรคด้วยการใช้สัญลักษณ์ตัวเลขในการสร้างความหมายของปริมาณตัวโรค กล่าวคือ ตัวเลขที่มีมากที่สุดจะอยู่ที่กล้ามเนื้อ (35.37 ๓ 2.72 ตัว) รองลงมา คือ ครีบหลัง (2.47 ๓ 0.22) ตามด้วยครีบอก (2.07 ๓ 0.25) ครีบท้อง (1.75 ๓ 0.23) และลำดับสุดท้าย ครีบทวาร (0.76 ๓ 0.11) โดยส่วนหัวกับหางของปลาจะเป็นบริเวณที่มีการกระจุกตัวของเมตาเซอรัคอเรียมากที่สุด (Vichasri et al, 1982; สมานและคณะ, 2526 น. 1 และ น. 18; Sukontason et al, 2001)

ในที่สุดแล้วคำอธิบายที่ถี่ละเอียดข้างต้นถึงจำนวนของการขังตัวของตัวโรคจำนวนมหาศาลได้นำไปสู่การพิจารณาการปรุงอาหารที่ทำจากปลาเพื่อเป็นการหาทางป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคตลอดจนกระตุ้นความรู้สึกของพลเมืองให้ตระหนักถึงภัยจากการกินที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคมามากยิ่งขึ้น เมื่อปลาถูกจำกัดให้มีความหมายเป็นสัตว์นำโรคได้นำมาสู่การตั้งคำถามต่ออาหารพื้นเมืองที่ปรุงจากปลา อันได้แก่ อาหารประเภทปลาและก้อยปลาที่เป็นอาหารปรุงดิบทำจากปลาน้ำจืด ตลอดจนอาหารปลาแตก/ปลาร้า ซึ่งถือเป็นอาหารที่ได้รับความนิยมอย่างมากของพลเมืองชาวอีสาน วัฒนธรรมการกินเช่นนี้จึงนำไปสู่การตั้งข้อสันนิษฐานของผู้เชี่ยวชาญถึงความเป็นไปได้ว่าปลาแตก/ปลาร้า นั้นคือสาเหตุของการติดเชื้อพยาธิ แต่กระนั้นผู้เชี่ยวชาญก็ยังไม่มั่นใจและยังไม่มีการศึกษาที่แน่นอนว่าอาหารปลาแตก/ปลาร้าเป็นอาหารที่จะเป็นสาเหตุแห่งการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ

เมื่อมีการทำความเข้าใจถึงกระบวนการถ่าย/ส่งต่อเชื้อโรคพยาธิผ่านพาหะต่าง ๆ ไปยังร่างกายมนุษย์แล้ว การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับจึงได้นำไปสู่การพิจารณากระบวนการปรุงอาหารเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงในวิธีการกินแบบใหม่ให้แก่พลเมือง โดยวิธีการเปลี่ยนอาหารดิบให้กลายเป็นอาหารสุกโดยผ่านตัวกลางความร้อนจากไฟ แต่เนื่องจากอาหารประเภทปลาแดก/ปลาร้ามีคุณลักษณะแตกต่างไปจากอาหารปลาชนิดลาบและก้อย เพราะเป็นอาหารที่ผ่านการหมักด้วยวัตถุดิบทางธรรมชาติ 3 อย่างที่สำคัญคือ ปลา เกลือและรำข้าวตังที่ในวัฒนธรรมการกินอาหารของพลเมืองอีสานแล้ว อาหารประเภทนี้จึงสามารถกินได้โดยไม่จำเป็น ต้องผ่านกระบวนการปรุงด้วยเครื่องซุสหรือผ่านความร้อนจากไฟ ฉะนั้นปลาแดก/ปลาร้าจึงเป็นอาหารจานหลักสำคัญที่ถูกนำมาพิจารณาในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยเน้นย้ำกระบวนการปรุงกินตามหลักโภชนาการศาสตร์และการป้องกันโรคของพลเมืองชาวอีสาน



ภาพ 2 การป้องกันและการรักษาโรค

ที่มา: วารสารสุขภาพฉบับประชาชน, 2516, น. 109

กล่าวให้ถึงที่สุดแล้ว ข้อความรณรงค์การป้องกันโรคข้างตนจากวารสารสุขภาพฉบับประชาชนของแพทยสมาคมฯ และแพทยสภา ได้มุ่งนำเสนอให้เห็นว่าแม้การกินอาหารปลาแดก/ปลาร้าจะผ่านกระบวนการปรุงด้วยการหมักเกลือ แต่ตัวอ่อนของพยาธิใบไม้ตับซึ่งอยู่ในระยะเมตาเซอร์คือเรีย “อาจ

จะยังไม่ตาย” อย่างไรก็ตาม แม้อธิบายจากโปรสเตอร์ข้างต้นปรากฏให้เห็นถึงความคลุมเครือเรื่องการเกิดโรค แต่ช่องว่างทางความรู้นี้ก็ได้นำไปความพยายามพิจารณาประเด็นปัญหาเรื่องการเป็นแหล่งที่มาของเชื้อโรคจากปลาแดง/ปลาร้ามากขึ้นในเวลาต่อมา ดังเช่นกรณีที่ ปรากฏศรี จงสุขสันติกุล และคณะ (2542) เสนอว่า ตัวอ่อนของพยาธิใบไม้ตับในตัวอย่างปลาร้าจะอยู่ในสภาพที่ไม่ค่อยแข็งแรง แต่หากมีระยะเวลาการหมักนานและมีความเข้มข้นของเกลือมากพอก็จะทำให้ตัวอ่อนของพยาธิตายจนหมด อย่างไรก็ตาม การศึกษาตัวอ่อนของพยาธิใบไม้ในตับในสัมผัสที่ใส่ปลาร้าดิบของพวกเขาก็ไม่พบตัวอ่อนพยาธิแต่อย่างใด อีกทั้งได้มีการยืนยันจากผู้เชี่ยวชาญในเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับว่าปลาแดง/ปลาร้าที่หมักเป็นเวลานาน ๆ เป็นเวลาหลายเดือนหรือเป็นปีแล้ว “ซีสท์” ต้องตายแน่นอนดังนั้นอาหารปลาแดง/ปลาร้าดิบจะไม่ใช่อาหารนำโรคพยาธิใบไม้ตับ (Waikagul, 1974)

กระนั้นก็ตาม ความคลุมเครือและถามไม่แน่ใจในเรื่องสาเหตุการเกิดโรคจากปลาแดง/ปลาร้าดังกล่าว ได้ถูกพิสูจน์ด้วยเหตุผลและหลักการทางวิทยาศาสตร์จนนำไปสู่คำตอบที่สร้างความปลอดภัยหรืออาจนำไปสู่การสร้างรูปแบบการตรวจรงค์เพื่อการป้องกันรักษาจากการกินอาหารปลาแดง/ปลาร้า โดยมีการชี้ให้เห็นว่าตัวโรคที่ชื่อเมตาเซอร์ค็อเรียเป็นเชื้อโรคที่มีเกิดจากการกินปลาตามชุดความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่ แต่เมตาเซอร์ค็อเรียก็ไม่ได้เป็นตัวโรคเดียวในวงชีวิตจักรของโรคพยาธิใบไม้ตับ เนื่องจากยังมีตัวโรคชนิดอื่น ได้แก่ ไมราซิเดียนอันเป็นไข่พยาธิที่มาจากหอยซึ่งทำให้เกิดวงจรพยาธิใบไม้ตับอย่างเต็มรูปแบบ แต่หอยกลับไม่เป็นอาหารในคำอธิบายว่าด้วยตัวโรคและสร้างปัญหาในการกินอย่างรุนแรง โดยจะเห็นได้ว่าแม้หอยจะดำรงอยู่ในสถานะหนึ่งของวงจรการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับที่สมบูรณ์ในฐานะแหล่งรับโรคตัวกลางตัวที่ 1 ก็ตาม แต่หอยก็กลับไม่ถูกพิจารณาว่าเป็นสาเหตุแห่งการเกิดโรคในวัฒนธรรมการกินอย่างเข้มข้นที่เทียบเท่ากับปลา

นอกจากนี้ แม้มีข้อพิสูจน์จากห้องปฏิบัติการว่าคนสามารถกินปลาแดง/ปลาร้าอย่างปลอดภัยในเวลาต่อมาก็ตาม แต่กระบวนการคัดกรองพลเมือง

กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคและลักษณะของการรณรงค์ก็ยิ่งปรากฏให้เห็นเป็นคำขวัญเกี่ยวกับการกินปลาแดก/ปลาร้าว่าจะต้องผ่านกระบวนการปรุงสุกด้วยประโยคที่ว่า “ร้านนี้ใช้ปลาร้าสุก” ในขณะที่เดียวกันยังปรากฏให้เห็นในลำดับข้อของการคัดกรองประชากรกลุ่มเสี่ยงด้วยประโยคคำถามที่ว่า “ท่านเคยรับประทานปลาร้าดิบหรือไม่” แต่ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ได้ดูเหมือนยังเชื่อว่าการกินปลาแดก/ปลาร้าในลักษณะเดิมนั้นสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคและไม่ปลอดภัย ดังนั้นเห็นได้ว่าการรณรงค์ป้องกันโรคสะท้อนความเชื่อแบบมายาคติมากกว่าความรู้ทางการแพทย์ที่วางอยู่บนหลักการทางวิทยาศาสตร์ อีกทั้งยังหมუნวนกลับไปสู่ความคลุมเครือที่ปรากฏให้เห็นในงานวิจัยจำนวนหนึ่งของหน่วยงานทางการแพทย์ซึ่งยังอ้างไว้การกินปลาแดก/ปลาร้าเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่สร้างโรคพยาธิ (ประภาศรี จงสุขสันตติกุล, 2547, หน้า 105) อย่างไรก็ตามความคลุมเครือดังกล่าวได้นำไปสู่การจัดทำโครงการรณรงค์การกินอาหารของคนอีสานในเวลาต่อมาจนถึงปัจจุบัน

กล่าวได้ว่าแม้ว่าความสัมพันธ์ระหว่าง ปลาแดก/ปลาร้ากับการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับก็ยังคงมีความคลุมเครือและความไม่แน่ใจ แต่การกินปลาแดกจึงยังเป็นสิ่งที่ถูกจัดจ้องว่าเป็นพฤติกรรมการบริโภคอันเสี่ยงต่อการติดโรคพยาธิใบไม้ตับ ที่นำไปสู่การออกแบบการป้องกันรักษาการแพร่กระจายของโรค และยังเป็นเหตุผลที่นำไปสู่การประเมินพฤติกรรมและวิถีชีวิตของคนพลเมืองอีสานว่ามีพฤติกรรมกินอาหารไม่ถูกหลักโภชนาการทางการแพทย์ที่และขัดแย้งต่อการบริโภคกับ นิสัยที่ดีท่ามกลางพื้นที่วัฒนธรรมการปรุงกินปลาแดกทั่วทั้งภูมิภาคอีสาน ตลอดจนภูมิภาคอื่น ๆ

สงครามแห่งการรักษา

ในสภาวะของความเจ็บป่วย การรักษาด้วยวิธีการรักษาตนเองเป็นลักษณะพื้นฐานที่สุดของการแก้ปัญหาทางสุขภาพของพลเมืองในทุกสังคมวัฒนธรรม ทั้งนี้วิธีการที่สำคัญในการดูแลสุขภาพของชาวบ้านโดยทั่วไปใน

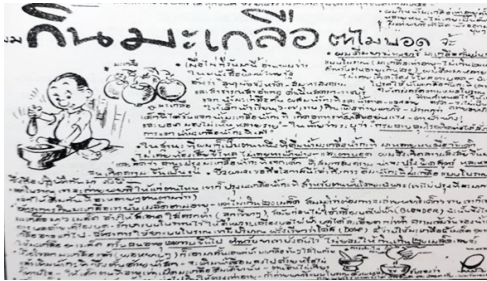
ทุกสังคม-วัฒนธรรมมักจะเป็นไปตามภูมิปัญญาและพื้นฐานทางทรัพยากรทางธรรมชาติ ที่เป็นไปเพื่อนำมาใช้ในการรักษาความเจ็บป่วยแบบธรรมดา สะดวก ประหยัด และมีความเป็นไปได้ในการหายจากโรคร้ายไข้เจ็บ แต่ในสังคมสมัยใหม่พฤติกรรมในการรักษาตนเองด้วยการใช้ยาแผนปัจจุบันหรือยาปฏิชีวนะซึ่งมาจากสารสกัดทางเคมีเข้มข้น (Bio-Chemical Medicine) ได้ถูกนำเสนอต่อพลเมืองอย่างต่อเนื่อง ทั้งในเชิงโฆษณาและการปลุกฝังเชิงอุดมการณ์ในเรื่องของความเหนือกว่าของการแพทย์สมัยใหม่และความก้าวหน้าทางเภสัชกรรม ในที่สุดแล้ว ความรู้และปฏิบัติการทางความรู้

ดังกล่าวได้นำไปสู่การเผชิญกันระหว่าง 2 วัฒนธรรม คือ วัฒนธรรมการรักษาแบบพึ่งภูมิปัญญาและพึ่งพาทรัพยากรทางธรรมชาติ กับวัฒนธรรมสุขภาพแบบใหม่ที่ต้องพึ่งพาการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ ดังเช่นกรณีมะเกลือสมุนไพรพื้นบ้านที่ได้รับการเชื่อถือเป็นยาฆ่าพยาธิรอบ จักรวาลกับยาพราซิควอนเทล (Praziquantel หรือ PZQ) ยาสำเร็จรูปสำหรับฆ่าพยาธิใบไม้ตับ อันเป็นตัวแทน ที่เป็นรูปธรรมของยาสมัยใหม่

ในวัฒนธรรมการรักษาแบบพึ่งภูมิปัญญาและทรัพยากรทางธรรมชาตินั้น มะเกลือ คือ ยาสมุนไพรที่ถูกใช้เป็นยาขับพยาธิมาเป็นเวลานาน ในสังคมชนบทที่การแพทย์สมัยใหม่ยังเข้าไม่ถึง มะเกลือจึงเป็นพฤกษศาสตร์พื้นบ้าน (Ethnobotany) ของไทย ทั้งยังคงถูกนำไปใช้อย่างอรรถประโยชน์ในวงการทางการแพทย์ ซึ่งเป็นการสร้างความชอบธรรมให้แก่พืชสมุนไพรพื้นถิ่นไทย ในสมรภูมิการกำจัดพยาธิ อย่างไรก็ตาม มีพืชสมุนไพรหลายชนิดปรากฏให้เห็นในตำรายาพื้นบ้าน เช่น กรณีของตำรายาวัฒมาชัยที่ระบุยาที่ใช้ในการฆ่าพยาธิ หรือที่ภาษาอีสานเรียกว่า ยาชา (ฆ่า) แม่พยาธิ คือมะเขือหัวบุก และกลอย (วิชา วิสเพ็ญ และคณะ, 2550, น. 214) หรือบางตำรายังระบุว่ามะหาดก็มีคุณสมบัติในการรักษาและฆ่าพยาธิเข็มหมุดกับพยาธิตัวตืด (กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2525, น. 670) แต่ยาพื้นบ้านเหล่านี้ก็มิได้รับความสนใจหรือมีอิทธิพลในการนำไปการรักษาควบคู่กับการแพทย์สมัยใหม่เหมือนในกรณีของมะเกลือ ซึ่งมีคำอธิบายในคุณสมบัติในการฆ่าพยาธิแบบ

191
ปีที่ 25
ฉบับที่ 2
พ.ศ.
-
ส.ศ.
2562

ครอบครัวจรรยาวัลโดยสามารถถ่ายพยาธิได้เกือบทุกชนิดมาตั้งแต่โบราณ อีกทั้งก็ยังไม่พบว่ามีการรายงานมาก่อนว่าการใช้มะเกลือเป็นยาถ่ายพยาธิจะเกิดผลข้างเคียงทำให้ตาบอดได้ (สำราญ, 2524) ดังที่ปรากฏอยู่ว่ามีรายงานข่าวถึงการใช้มะเกลือฆ่าพยาธิเมื่อ พ.ศ. 2522



ภาพ 3 คอลัมน์ของประยูร จรรย์วรงค์ รายงานข้อมูลการใช้มะเกลือถ่ายพยาธิ
ที่มา: ประยูร จรรย์วรงค์, นิตยสารหมอชาวบ้าน (2522, น. 37-38)

ภาพการ์ตูนพร้อมทั้งเนื้อหาข้างต้นของประยูร จรรย์วรงค์นั้นได้ทำให้เห็นถึงประเด็นสำคัญ 3 ประการ คือ 1) ผู้เขียนมุ่งกล่าวถึงคุณสมบัติพิเศษของมะเกลือที่สามารถฆ่าพยาธิได้ครอบจักรวาล 2)อุบัติเหตุจากการปรุงน้ำกะทิมะเกลือที่มีหน่วยงานทางการแพทย์เป็นภาพเจ้าหลักในการดำเนินงาน และ 3) การยืนยันสูตรน้ำกะทิมะเกลือตำรับโบราณจากผู้เขียน โดยทั้ง 3 ประเด็นนี้เป็นสิ่งที่ผู้เขียนมุ่งนำเสนอเพื่อสะท้อนให้เห็นถึงคุณสมบัติจริงๆ ของสมุนไพรพื้นบ้านที่มีคุณสมบัติต่อการรักษาโรคตามการแพทย์แบบจารีตหรือแผนโบราณ อย่างไรก็ตาม การรักษาดังกล่าวกลับมีข่าวลือว่าเกิดอุบัติเหตุที่มีเพียงประสงค์จรรยาวัลไปสู่อุบัติเหตุจนถึงคุณสมบัติที่ปลอดภัยในการใช้สมุนไพรพื้นบ้านตามตำราโบราณ ทั้งนี้อาจเป็นไปได้เพื่อสร้างความชอบธรรมแก่ตำรายาและสมุนไพรฆ่าพยาธิอย่างมะเกลือ โดยมีข้อความทั้งหมดดังต่อไปนี้

ผมกินมะเกลือตาไม่บอดจะ

มะเกลือ ● สามารถขับพยาธิได้ทุกชนิด ยาฝรั่งไม่สามารถฆ่าพยาธิได้
ทุกชนิดเท่ามะเกลือ

ผมกินน้ำมะเกลือเท่าอายุ คั้นมาหลายหนไม่เคยเป็นอันตราย มีแต่
พยาธิพุ่งออกมาบูบๆ ยกรัง ผมกินมะเกลือตาไม่บอด

● ผมดื่มยาฆ่าพยาธิมะเกลือคั้นปนกะทิแบบโบราณ (มะเกลือเท่าอายุ-
ไม่เกิน 20 เมล็ดสำหรับคนที่อายุเกิน 20) ผมดื่มมาหลายหนไม่เคยเกิดเรื่อง
ขึ้นไหล ตาบอด ฉะนั้นโปรดใช้น้ำมะเกลือกับกะทิ (ตามสูตร) ให้เคร่งครัดตาม
หมอบโบราณท่านกำหนดไว้ให้เคร่งครัด จะไม่เป็นอันตราย อย่างใด

● เมื่อไม่กี่วันมานี้อ่านพบข่าวในหนังสือพิมพ์ไทยรัฐอ้างว่า “อนามัย
จังหวัด-สมุทรสงคราม และสาธารณสุขอำเภอดำเนินสะดวก-ราชบุรี แจกน้ำ
มะเกลือคั้นผสมน้ำกะทิและน้ำตาลแจกจ่าย ให้เด็กนักเรียน 6-7 ขวบ กินเพื่อ
ถ่ายพยาธิ ปรากฏว่าเด็กที่ได้รับแจกน้ำมะเกลือน้ำกะทิ เกิดอาการท้องเสีย
อย่างแรง ตาฝ้าฟางและบอดมองไม่เห็นหลายราย” ในท้ายข่าวระบุว่า “กรม
ควบคุมโรคติดต่อได้สั่งระงับการแจกน้ำกะทิมะเกลือแล้ว”

● ในฐานะที่ผมเป็นคนหนึ่งที่ดื่มน้ำมะเกลือกะทิมาหลายหนเมื่อวัยเด็ก
ไม่เคยท้องเสียขึ้นไหล ไม่เคยตาฝ้าฟาง และตาบอด ผมจึงเกิดความสงสัยขึ้น
มาและคิดว่าการปรุงมะเกลือน้ำกะทิแจกเด็กที่สมุทรสงครามน่าจะปรุงผิด
สูตร หละหลวม จนเกิดความขึ้นเป็นแน่

● ซึ่งผมจะขอถือโอกาสนี้เล่าถึงการดื่ม น้ำกะทิมะเกลือแบบโบราณ
ซึ่งถือปฏิบัติกันมาตั้งแต่โบราณเขาจะถ่ายพยาธิให้แก่คนไหน เขาจะปรุง
มะเกลือน้ำกะทิสำหรับคนนั้นโดยเฉพาะ (เขาไม่ปรุงที่ละมาก ๆ แจกให้ดื่ม
กันทีละหลาย ๆ คนตามข่าว)

● อัตราการกินมะเกลือเขานั้นเมล็ดตามอายุแต่ไม่เกิน 20 เมล็ด สมมติ
ว่าต้องการจะถ่ายพยาธิเด็ก 6 ขวบ เขาก็เอามะเกลือ 6 เมล็ด ล้างให้สะอาด
ใส่ครกตำ (ลูกเขียว ๆ) สมัยก่อนไม่ใช่เครื่องบดไฟฟ้า ฉะนั้นจึงไม่ควรบด
ด้วยเครื่องบด รักษาแบบโบราณไว้ให้ดีเพราะเครื่องบดไฟฟ้าบดได้ละเอียด

กว่าครก ความเข้มข้นของน้ำมะเกลืออาจแก่ไป อัตราการให้ยาแบบโบราณ เขามีปริมาณฝรั่งเรียกว่าโดส (Dose) 5 ขวบใช้มะเกลือ 5 เมล็ด 10 ขวบ ใช้มะเกลือ 10 เมล็ด คนอายุ 20 ขวบขึ้นไป ตำรายาบังคับไว้ไม่ยอมให้กินเกิน 20 เมล็ดจะ เมื่อ

๑ โขลกมะเกลือแล้ว (พอหยาบ) ก็เอามา คั้นเอาแต่น้ำมะเกลือขึ้นๆ ใส่ในถ้วยแล้วเติมน้ำกะทิซึ่งคั้นด้วยน้ำสุกจะเติมน้ำเชื่อมลงไปด้วยหรือไม่ก็ตามใจ ให้เด็กคนที่อายุเท่าเม็ดมะเกลือต้มเดี๋ยวนั้น คนอื่นไม่เกี่ยว

๒ แล้วเขาก็ตำกรกใหม่สำหรับคนต่อไปกินให้ตรงอายุถ้าถ่ายพยาธิแบบโบราณดังผมเล่ารับรองว่าถ่ายพยาธิหมดรังทุกชนิดและปลอดภัย

เนื้อความข้างต้นนั้น แม้จะมีได้ปรากฏชื่อผู้แต่งหากแต่เป็นที่รับรู้โดยทั่วไปว่าเขียนโดยประยูร จรรย์วาทย์ นักเขียนการ์ตูนชื่อดังที่เคยมีคอลัมน์อยู่ในหนังสือพิมพ์ไทยรัฐ ทั้งยังได้รับรางวัลแมกไซไซเมื่อ พ.ศ. 2514 และเป็นข้อความขนาดสั้นเพียงหนึ่งหน้ากระดาษที่จัดพิมพ์อยู่ในนิตยสารหมอชาวบ้าน ซึ่งเป็นนิตยสารที่มีเป้าหมายเพื่อการเผยแพร่ความรู้พื้นฐานทางการแพทย์ และพยาบาลสู่พลเมืองเพื่อให้พลเมืองมีความรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง นิตยสารนี้ดำเนินการภายใต้การนำของนายแพทย์ ประเวศ วะสี ซึ่งได้มีการรวมตัวกันก่อตั้งมูลนิธิหมอชาวบ้านและสำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน จนนำไปสู่การผลิตนิตยสาร หมอชาวบ้าน ขึ้น โดยเริ่มตีพิมพ์เป็นครั้งแรกในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2522

อย่างไรก็ตาม ก่อนที่มีเหตุการณ์ “กินน้ำกะทิมะเกลือแล้วตาบอด” ในปี พ.ศ. 2522 นั้น กระทรวงสาธารณสุขได้เคยใช้มะเกลือเพื่อทำการรักษาพยาธิด้วยวิธีการรักษาแบบหมู่ (mass treatment) โดยอยู่ในความรับผิดชอบของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้มีผลของการศึกษาทดลองทางคลินิก (clinical trial) ภาคสนามระบุว่าสามารถกำหนดสูตรการใช้ น้ำคั้นผลมะเกลือเป็นยาสำหรับถ่ายพยาธิในลำไส้อันเป็นการทดลองในงานเร่งรัดกำจัดโรคหนอนพยาธิลำไส้ภายใต้โครงการพัฒนาอนามัยท้องถิ่นใน

ปี พ.ศ. 2517 ทั้งนี้การทดลองดังกล่าวนำทีมโดยนายแพทย์วิวัช จายะนิยะโยธิน นายแพทย์ศรี ศรีนพคุณ และกรมอนามัย (พ.ศ. 2515-2517) ซึ่งได้ทำการศึกษาในหมู่บ้านแบบหมู่บ้านละ 1 ครั้ง โดยดำเนินการไปพร้อมกับการควบคุมโรคพยาธิหนอนไส้ หลังจากนั้นการรักษาแบบหมู่บ้านโดยการใช้มะเกลือก็เริ่มขยายตัวออกไปเป็นวงกว้างทั้งในภาคอีสานและภาคเหนือของไทย โดยแรกเริ่มนั้นมีเพียง 350 หมู่บ้าน แล้วค่อยขยายตัวออกเป็น 2,600 หมู่บ้านในทั่วประเทศในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2517-2521 ปรากฏว่ามีผลเมืองที่มีต้องการที่จะเข้ารับการรักษาในปริมาณที่เพิ่มจำนวนมากขึ้นทุกปีไม่น้อยกว่าปีละ 400-500 หมู่บ้าน จนทำให้มีผลเมืองที่กินยาถ่ายมะเกลือทั้งหมดไม่น้อยกว่า 900,000 คนปรากฏการณ์ดังกล่าวนี้ที่เกิดขึ้นก่อนการขยายตัวของโครงการควบคุมโรคพยาธิในทศวรรษ พ.ศ. 2520 โดยมีการคาดการณ์ของหน่วยงานทางการแพทย์ว่า ในพ.ศ. 2521 จะมีคนไม่ต่ำกว่าล้านคนกินยาถ่ายพยาธิจากผลมะเกลือ อีกทั้งในช่วงเวลาดังกล่าวนั้นยังมีความร่วมมือขององค์กรเอกชนเข้าร่วมโครงการ ดังเช่นกรณีโครงการวางแผนครอบครัวชุมชนส่วนหนึ่งได้เข้ามาร่วมดำเนินการให้มีการใช้ยาถ่ายพยาธิในการรักษาหมู่ เพื่อควบคุมหนอนพยาธิในหมู่บ้านมาแล้วจำนวน 63 หมู่บ้านรวมจำนวนประชากรที่กินยาทั้งสิ้นประมาณ 25,200 คน (ศรี ศรีนพคุณ, 2525, น. 173-199.)

ในช่วงเวลาดังกล่าว มะเกลือถือเป็นยารักษาโรคพยาธิโดยสำคัญที่ทั้งองค์กรทางการแพทย์และหน่วยงานภาคเอกชนต่างก็ให้ความสำคัญและมุ่งดำเนินงานในเพื่อนำผลมะเกลือมาใช้ในการฆ่าพยาธิ จนนำไปสู่แนวคิดที่จะขยายพันธุ์มะเกลือ โดยมีศูนย์เพาะชำกล้าไม้ประจำจังหวัดเป็นผู้รับผิดชอบในการปลูกและแจกจ่ายต้นกล้าให้แก่หมู่บ้าน ๆ ละ 3-5 ต้น ทั้งนี้เพื่อร่วมกันปลูกและนำผลมะเกลือมาถ่ายพยาธิได้ปีละ 1 หรือ 2 ครั้ง (มงคล โมกขะสมิต, 2525, น.117) อย่างไรก็ตาม ขณะที่ความหวังและความมุ่งมั่นทั้งของหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชนที่พยายามให้ความสำคัญต่อการรณรงค์กำจัดพยาธิด้วยมะเกลืออยู่นั้น ในวันที่ 13 และ 14 มกราคม พ.ศ. 2522 หนังสือพิมพ์

ไทยรัฐก็ได้โหมกระพือข่าวการใช้หามะเกลือเพื่อการฆ่าพยาธิตามนโยบายของสาธารณสุขว่าส่งผลให้เกิดอาการแทรกซ้อนที่ต่อคนที่ได้รับมะเกลือจนอาจได้รับผลข้างเคียงคือทำให้มีอาการตาบอด (พานี, 2522, น. 68-69)

กล่าวให้ถึงที่สุดแล้วแม้มะเกลือซึ่งเป็นพันธุ์ไม้พื้นเมืองได้รับการทดลองวิจัยและยืนยันโดยสถาบันความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่ว่ามีคุณสมบัติทางยาที่สามารถออกฤทธิ์ในการฆ่าและถ่ายพยาธิได้ผลดีเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะหากเปรียบเทียบกับยาถ่ายพยาธิจากต่างประเทศที่ใช้กันอยู่ในวงการแพทย์ในช่วงเวลานั้น เนื่องจากมะเกลือสามารถถ่ายพยาธิลำไส้ได้ทุกชนิดและไม่มีพิษ จนนำไปสู่ความพยายามในการหาวิธีสกัดสารสำคัญให้ได้ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพรวมทั้งวิธีที่จะเก็บรักษาให้มีคุณภาพคงทนถาวร อย่างไรก็ตาม เมื่อปรากฏเหตุการณ์เขย่าขวัญพลเมืองทั่วสังคมไทยจากโครงการนอนพยาธิ จึงนำไปสู่ความหวาดกลัวและความไม่แน่ใจต่อความปลอดภัยในการใช้ยามะเกลือ และในปี พ.ศ.2522 เกิดจุดเปลี่ยนสำคัญในประวัติศาสตร์ของวงการปาราลิตวิทยาในสังคมไทย เนื่องจากคณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล ได้ค้นพบยารักษาโรคพยาธิใบไม้ตับที่ชื่อว่า “พราซิควอนเทล” โดยมีผู้สนับสนุนสำคัญ คือ สหพันธ์รัฐเยอรมัน จนนำไปสู่ความร่วมมือสำคัญระหว่างไทยและเยอรมันเพื่อผลิตตัวยสดังกล่าวออกไปทดลองใช้ในหลายพื้นที่ของประเทศไทยในเวลาต่อมา

ในขณะเดียวกัน นิตยสาร สตรีสาร ปีที่ 32 ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2522) ก็ได้พยายามนำเสนอสถานการณ์การรักษาแบบหมู่ตามนโยบายของกรมควบคุมโรคในโครงการนอนพยาธิ มีบทความที่เขียนโดยผู้ใช้นามปากกาที่ว่า “พ.นันทนา” ในคอลัมน์ระบุว่าหนังสือราชการเป็นคำสั่งจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อแจ้งให้ส่งเจ้าหน้าที่ไปช่วยปรุและจ่ายยาถ่ายพยาธิที่ทำจากมะเกลือเพื่อการรักษาและฆ่าพยาธิแก่ชาวบ้านแถบตำบลในเขตปฏิบัติการ (พ.ศ. 2522) “หมดทั้งตำบลเลย วิเศษ ช่างดีแท้ๆ ไม่เคยปรากฏมาก่อนอย่างที่ไปรารณา ถ่ายพยาธิที่เดียวพร้อมๆ กันหมดในขณะที่ผลมะเกลือกำลังตก” (พ.นันทนา, 2522, น. 141) ข้อความข้างต้นสร้างความ

ปลื้มปิติเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ได้ลงปฏิบัติการฆ่าพยาธิที่ทำสงครามกำจัด
หนอนพยาธิ และเป็นกรรวมตัวของนักปฏิบัติการสำคัญ คือ หัวหน้าหน่วย
หนอนพยาธิประจำเขต ตลอดจนเจ้าหน้าที่ท้องถิ่นอันได้แก่ ผสส. (ผู้สื่อ
ข่าวสารสาธารณสุข) และ อสม. (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน)
รวมทั้งสิ้น 51 คน เพื่อคั้นผลมะเกลือนี้ เจ้าหน้าที่และอาสาสมัครทั้งหมด
ด้วยมือช่วยกันคั้นน้ำมะเกลือใส่โอง จากนั้นก็แบ่งสันปันส่วนให้ อสม. และ
ผสส. ประจำแต่ละหมู่บ้านแยกย้ายกันนำไปแจกตามจุดต่าง ๆ ที่นัดหมายไว้
ในเช้าวันรุ่งขึ้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้มากันอย่างพร้อมเรียงตามตารางนัด
หมาย เหตุการณ์นี้ พ.นันทนา เรียกว่าเป็น“วันแห่งประวัติศาสตร์” เนื่องจาก
พลเมืองในพื้นที่ทั้งหมดของ ตำบลแต่ก็ออกมาชุมนุมโดยพร้อมเพรียงกัน
ลานหน้าโรงเรียน โดยมาขอรับยาถ่ายพยาธิมากกว่าสามพันคนจากจำนวน
ประชากรในตำบลทั้งหมด 9,056 คน ในการนี้แม้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมี
ความตั้งใจจะให้กิจกรรมนี้แล้วเสร็จก่อนเพล (อันหมายถึงเวลา 11.00 น.)
แต่การณ์ก็มีได้เป็นไปตามความตั้งใจ เพราะกลุ่มชาวบ้านยังคงทยอยเข้า
ร่วมรับยาฆ่าพยาธิอยู่เนือง ๆ จนทำให้การแจกจ่ายน้ำมะเกลือยังคงต้อง
ดำเนินต่อไปอย่างมิได้พักหยุดหย่อน

นอกจากนั้น พ.นันทนา ยังได้นำเสนอเรื่องราวของหญิงชาวบ้านคน
หนึ่งที่กระหืดกระหอบมาขอรับแจกยามะเกลือ โดยเธอเป็นคนนอกตำบล
ที่มีพื้นที่อาศัยในเขตจังหวัดที่ติดต่อกัน แต่ด้วยความบังเอิญในขณะที่เธอ
กำลังพายเรือเพื่อไปตลาดอยู่นั้นเธอได้รับรู้ข่าวว่ามีกรแจกจ่ายยาฟรีเพื่อ
ฆ่าพยาธิ หญิงชาวบ้านคนดังกล่าวจึงตั้งใจที่จะมาขอรับยากลับไปให้ลูกที่
รออยู่ที่บ้านอีก 6 คน ความตั้งใจของเธอนั้นได้สร้างความปิติยินดีแก่เจ้า
หน้าที่สาธารณสุขอย่างยิ่ง จึงมีการนำมะเกลือใส่ถุงพลาสติกให้สตรีผู้นี้นำ
กลับไปกินที่บ้าน อย่างไรก็ตาม ภารกิจประวัติศาสตร์ของการทำสงคราม
ระหว่างมะเกลือกับหนอนพยาธิก็ยังมีได้สิ้นสุดเพียงการแจกจ่ายยา เพราะ
การติดตามและประเมินผลงานก็เป็นขั้นตอนที่สำคัญของภารกิจนี้ แต่ใน
วันต่อมาปรากฏว่ามีผู้ป่วยที่มีอาการข้างเคียงอย่างรุนแรงจากการกินน้ำ

มะเกลือคันโดยเป็นสตรีรวมทั้งสิ้น 4 ราย อายุ 7 ปี 3 ราย และอายุ 6 ปี หนึ่งราย โดยแต่ละรายมีอาการหนักมากจนถึงขนาดทำให้สายตามืดบอด ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่ไม่เคยมีใครคาดคิดมาก่อน

จากเหตุการณ์ดังกล่าว นิตยสาร สตรีสาร จึงพยายามทำให้เห็นถึงลำดับเวลาของการปรุงมะเกลือเพื่อใช้ในการฆ่าพยาธิในโครงการควบคุมหนอนพยาธิตามนโยบายสาธารณสุขที่มุ่งหวังชัยชนะในการทำสงครามกับหนอนพยาธิในร่างกายของพลเมือง แต่ก็เกิดเหตุการณ์แทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์ในกรณีเด็กหญิงทั้ง 4 ราย แม้ว่าสาเหตุของอาการข้างเคียงนั้นสามารถพิจารณาได้ 2 ประเด็นสำคัญ คือ ความบกพร่องของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในฐานะนักปฏิบัติที่ไม่ชำนาญต่อการปรุงน้ำทิมะเกลือเพื่อการฆ่าพยาธิ และมะเกลือในฐานะตัวยารักษาโรคพยาธิอาจมีพิษร้ายแรงอย่างไรก็ดีหากพิจารณาตามเนื้อหาของคอลัมน์ในนิตยสารสตรีสารจะพบว่า “พ.นันทนา” พยายามสื่อให้เห็นถึงข้อจำกัดของเจ้าหน้าที่ที่ขาดความชำนาญ และมีความบกพร่องต่อการทำความเข้าใจในกระบวนการปรุงและการแจกจ่ายยาทิมะเกลือ

เหตุการณ์เขย่าขวัญแก่พลเมืองในช่วงเวลานั้นได้ทำให้เกิดความตื่นตัวในทางการแพทย์ที่เคยพิจารณามะเกลือในฐานะที่เป็นพฤษศาสตร์พื้นบ้าน (Ethnobotany) ที่ถูกนำมาใช้ในทางการแพทย์แผนปัจจุบันมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2476 (Sadun, E.H., and S. Vajrasthira, 1954, p. 49) ในพ.ศ. 2480 นายแพทย์เวก เนตรวิเศษ ได้เสนอรายงานผลของการศึกษาค้นคว้าวิจัยผลมะเกลือต่อที่ประชุมวิชาการ ณ โรงพยาบาลศิริราชและพยาบาลถึงคุณสมบัตินานเคมีและฤทธิ์ของสารสำคัญที่ได้จากผลมะเกลือสดในการเบื่อพยาธิลำไส้ โดยได้มีการทดลองให้ผู้ป่วยที่มีพยาธิลำไส้ทั้งเด็กและผู้ใหญ่รับประทานในขนาด 2-4 กรัม ก็สามารถฆ่าพยาธิลำไส้ เช่น พยาธิปากขอ พยาธิตัวตืด พยาธิเข็มหมุด และพยาธิตัวกลมได้เป็นอย่างดีและ 10 ปีต่อมา หรือประมาณ พ.ศ. 2490 นางระเบียบ ประชันคดี (เบญจกานจน์) ก็ได้รายงานผลการศึกษาเรื่องมะเกลือไว้ใน Journal of the Pharmaceutical Association of

Siam (3rd Series Vol.1, p. 20) และได้นำเรื่องนี้มาบรรยายในที่ประชุม Ninth Pacific Science Congress ซึ่งจัดขึ้นที่กรุงเทพฯ จนมีความต้องการนำผลมะเกลือสดของไทยไปใช้ในการทดลอง ณ แผนกเคมีของมหาวิทยาลัยลิเวอร์พูลแห่งประเทศอังกฤษ (มงคล โมกขะสมิต, 2522, น. 117)

ในขณะที่ยาพราซิควอนเทล (Praziquantel) ที่ได้เริ่มถูกผลิตขึ้นในราว พ.ศ. 2515 (Andrew et. al, 1983) และพบว่าสามารถใช้เป็นยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับและพยาธิตัวตืดได้เป็นอย่างดี โดยพราซิควอนเทลเป็นยาที่ออกฤทธิ์ต่อพยาธิใบไม้ตับในเลือดชนิด “Schistosomes” สิ่งที่เกิดขึ้นก็คือในประเทศไนจีเรียช่วงแรกนั้นจะมีการกล่าวขวัญถึงประสิทธิภาพและความปลอดภัยทางการใช้ยาดังกล่าว ซึ่งเป็นการดำเนินการโดย “ศูนย์วิจัยโรคเขตร้อนขององค์กรอนามัยโลก” เพื่อรักษาโรคพยาธิใบไม้เลือด (*Schistosoma Haematum*) ในประเทศแซมเบีย โรคพยาธิใบไม้เลือดชนิด “*Schistosoma Japonicum*” ในประเทศญี่ปุ่น และฟิลิปปินส์ ต่อมาหลังจากช่วงเวลานั้นไม่นาน ยาพราซิควอนเทลก็ถูกนำมาใช้ในการรักษาโรคพยาธิใบไม้ตับชนิด “*Clonorchiasis Sinensis*” ในประเทศเกาหลี โดยมีรายงานว่าเป็นยาที่ดีที่สุดสำหรับรักษาโรคพยาธิใบไม้ตับชนิดนี้ (Rim, H.J., and Yoo, K.S., 1979, pp. 459-469)

สำหรับขั้นตอนการผลิตยาพราซิควอนเทลนั้นได้เริ่มต้นจากบริษัทอีเมอร์คได้เป็นผู้ตั้งต้นทำการผลิตยาพราซิควอนเทล จนนำไปสู่การประเมินผลครั้งแรกในประเทศไทยโดยบริษัทไบเออร์ซึ่งเป็นบริษัทยาักษ์ใหญ่แห่งประเทศเยอรมันนี้ ในความร่วมมือครั้งนี้เมื่อ พ.ศ. 2523 ได้มีการเลือกหมู่บ้านในจังหวัดขอนแก่นและจังหวัดนครราชสีมามาใช้เป็นพื้นที่ในการทดลองยาด้วยวิธีการสำรวจหาผู้ป่วย โดยจังหวัดขอนแก่นมีจำนวนผู้ทดลองยาทั้งสิ้น 32 คน และจังหวัดนครราชสีมาจำนวนผู้ทดลองยาทั้งสิ้น 30 คน (สมชาย สุพันธุ์วนิช และคณะ, 2524, น. 413-414) อย่างไรก็ตาม ก่อนที่จะมีการใช้ยาพราซิควอนเทลเพื่อรักษาผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับนั้น คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล ได้เคยพยายามทำการศึกษาร่องยา

รักษาโรคพยาธิใบไม้มาหลายชนิด ตั้งแต่ยาคลอโรควิน ยาไบโทโอนอล ยาไทอาเบนดาโซล ยาไดโทอาซินิน ยาเฮตอล ยาดีฮัยโดรอีมีดิน และยานิโคลโฟแลน ทั้งหมดล้วนแต่เป็นชื่อยาทางการแพทย์ที่เคยมีความพยายามนำมาใช้รักษาพยาธิใบไม้ดับ โดยผลการทดลองปรากฏว่ายาพราซิควอนเทลเป็นยาที่มีคุณสมบัติในการรักษาโรคพยาธิใบไม้ดับได้อย่างประสิทธิวิภาพที่สุด (วิโรจน์ กิตติคุณ, 2535, น. 9)

เห็นได้ว่า พื้นที่ในการทดลองยาทั้ง จังหวัดขอนแก่นและจังหวัดนครราชสีมา นั้น มีลักษณะทางภูมิศาสตร์และความสำคัญค่อนข้างแตกต่างกัน กล่าวคือ จังหวัดขอนแก่นนั้นในช่วงทศวรรษ 2500 ประเทศไทยได้รับความช่วยเหลือจากสหรัฐอเมริกาในการพัฒนาการก่อสร้างชลประทานและเขื่อนซึ่งเป็นโครงการใหญ่ระหว่างประเทศในการนำพลังงานจากลำน้ำโขงและแม่น้ำสาขามาใช้ประโยชน์ คือ เขื่อนน้ำพองที่จังหวัดขอนแก่น โดยคาดหวังว่าจะทำให้สามารถควบคุมระดับน้ำและพัฒนากระแสไฟฟ้าเพื่อจ่ายให้แก่จังหวัดต่าง ๆ ในภาคกลางของภาคอีสาน ส่วนจังหวัดนครราชสีมาเป็นโครงการที่มีความแตกต่างไปจากจังหวัดขอนแก่น กล่าวคือ จังหวัดนครราชสีมาเป็นหนึ่งในห้าจังหวัด คือ จังหวัดขอนแก่น อุบลราชธานี อุดรธานี สกลนคร และนครราชสีมา ที่ภาครัฐได้จัดตั้งสถานีวิทยุกระจายเสียงในการบริการประชาชนในภาคอีสานเพื่อกระจายข้อมูลข่าวสารของรัฐไปเสริมสร้างจิตสำนึกและความผูกพันของชาวบ้านให้มิต่อประเทศไทย (คายนธ์, 2557, น. 126-127) แต่กระนั้นก็ดี สิ่งที่เหมือนกันอย่างหนึ่งของทั้งสองพื้นที่ในการทดลองยา คือ เป็นพื้นที่ที่ได้รับข้อมูลภาครัฐและเป็นพื้นที่ในการก่อสร้างใหม่ทางสุขภาพ เพราะการใช้ยาหมายถึงการสร้างวัฒนธรรมแห่งความทันสมัย หรือวัฒนธรรมแห่งความเป็นวิทยาศาสตร์ที่เกี่ยวกับวิถีการค้าและการลงทุนแบบอุตสาหกรรม ในแง่หนึ่งแล้ว ทั้งสองพื้นที่จึงเหมือนเป็นสัญลักษณ์ของการสถาปนาความทันสมัยด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์เข้าสู่ภูมิภาคอีสาน

ผลจากการค้นพบยาพราซิควอนเทลได้นำไปสู่การพยายามศึกษาหาแบบการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ดับขึ้นในชุมชนช่วงปี พ.ศ. 2524-2529

กล่าวคือ ในราว พ.ศ. 2523 เมื่อคณะเวชศาสตร์เขตร้อนมีการรายงานผลการรักษาโรคพยาธิใบไม้ตับด้วยการยาพราซิควอนเทล (Praziquantel) ต่อมาในระหว่างพ.ศ. 2524-2527 มีการศึกษาผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อนด้วยยาชนิดนี้จำนวน 4,853 คน และในช่วงเวลาเดียวกัน คณะเวชศาสตร์เขตร้อนและฝ่ายนอนพยาธิ กรมควบคุมโรคติดต่อ ก็ได้ทำการทดลองใช้ยาพราซิควอนเทลภายใต้โครงการวิจัยพัฒนาอนามัยเขตรัฐประธาณหนองหวาย อำเภอแม่น้ำพอง จังหวัดขอนแก่น เพื่อการทดลองนำร่องโครงการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับโดยได้รับเงินสนับสนุนการวิจัยจากรัฐบาลสหพันธรัฐเยอรมัน (ปราโมทย์และคณะ, 2531)

ผลวิจัยจากพื้นที่ในทดลองครั้งนั้นทำให้เกิดรูปแบบที่สำคัญ 2 ระยะ คือ ระยะ “Attack Phase” คือ การควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในลักษณะการพึ่งพาตนเองของชุมชน และระยะ “Maintenance Phase” คือ ระยะในการกระตุ้นให้ประชาชนเลิกรับประทานอาหารที่มีความเสี่ยง รวมทั้งไปรับการตรวจรักษาจากโรงพยาบาลชุมชนหรือสถานเอนามัย โดยกระทรวงสาธารณสุข ได้ทำโครงการขอความช่วยเหลือทางด้านวิชาการและงบประมาณไปยังรัฐบาลสหพันธรัฐเยอรมันผ่านโครงการช่วยเหลือทางวิชาการของเยอรมัน (GTZ) ด้วยการให้ยาพราซิควอนเทล โดยวัตถุประสงค์เฉพาะของโครงการก็เพื่อลดการติดต่อโรคพยาธิใบไม้ตับด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคนในชุมชนในด้านการสุขาภิบาลและอนามัย (สำนักงานโครงการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและพยาธิลำไส้ (ไทย-เยอรมัน), 2538, น.28)

จะเห็นได้ว่า ในระลอกแรกของโครงการ ยาพราซิควอนเทลถูกนำมาใช้ในการสร้างวัฒนธรรมและการเข้าย้านเป็นตัวชี้วัดความสำเร็จเป็นรูปธรรมของยาและบริการทางการแพทย์ที่ดำเนินการโดยรัฐให้แก่พลเมืองดั่งเช่นสินค้าทางสุขภาพชนิดหนึ่ง กล่าวคือหากต้องการหายจากการเจ็บป่วยหรือต้องการมีสุขภาพที่ดีจึงต้องมีการซื้อยามาบริโภค อาจกล่าวได้ว่าสิ่งนี้แสดงให้เห็นอย่างเป็นรูปธรรมของสินค้าสุขภาพที่เป็นพานิชยานวัตกรรมทางด้านสุขภาพ (Health Commodification) ดังนั้นการปรากฏขึ้นของยาพราซิ

ควอนเทลจึงนำไปสู่การเสริมสร้างวัฒนธรรมและความรู้สึกใหม่แก่พลเมือง อันทำให้ความรู้ทางการแพทย์ทรงประสิทธิภาพทางการรักษา และความเชื่อเกี่ยวกับตัวโรคเป็นสิ่งที่จับต้องและสัมผัสได้มากยิ่งขึ้น

สรุป

ในบทความนี้พยายามเผยให้เห็นถึงการเกิดขึ้นของชุดความรู้ทางปราสาทวิทยาที่ถูกสถาปนาขึ้นด้วยสถาบันทางการแพทย์ชั้นสูงอันหมายถึงชนชั้นนำไทย จนกระทั่งมีหน่วยงานต่างชาติเข้ามาให้การสนับสนุนเพื่อสร้างประโยชน์ทางการเมืองอย่างกรณีของสหรัฐอเมริกา จนความรู้ทางปราสาทวิทยาแบบเดิมถูกลบล้างด้วยความรู้ตามหลักวิทยาศาสตร์ต่างชาติ และได้ขยายขอบข่ายสู่การเปิดพื้นที่ของการหาสาเหตุการเกิดโรค อันเป็นหน่วยวิเคราะห์สำคัญสำหรับการเข้าจัดการควบคุมร่างกายของพลเมืองให้ไปตามชุดความรู้ทางการแพทย์สมัยใหม่ ทั้งการสร้างแบบแผนการป้องกันรักษา ผ่านรูปการรณรงค์ป้องกัน การสร้างวัฒนธรรมยา การพิจารณาการปรุงอาหาร และการสร้างความหมายในตัวโรค

ทั้งหมดนี้จึงล้วนเป็นวิถีปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับความรู้ทางการแพทย์ที่ได้จัดทำกับร่างกายของมนุษย์เพื่อฟื้นฟูและสร้างวัฒนธรรมทางสังคมที่มีระเบียบภายใต้การครอบงำของรัฐสำหรับความเป็นระเบียบนี้ โดยในที่นี้หมายถึงการมุ่งทำเรือนร่างของคน/พลเมืองให้เชื่อมด้วยความสมัครใจเพื่อใช้พื้นที่และร่างกายเป็นหน่วยในการวิเคราะห์และสถาปนาโรค ในฐานะปฏิบัติการทางการแพทย์ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของยาที่เป็นเครื่องมือนำสำคัญในการรักษาโรคอันทรงประสิทธิภาพรวมทั้งเป็นสัญลักษณ์ทางวัฒนธรรม และทางอำนาจของเทคโนโลยีทางการแพทย์ของการเป็นผู้ผลิตความทันสมัย โดยยาสมัยใหม่นั้นจะถูกกำหนดให้มุ่งทำงานภายใต้ความเป็นวิทยาศาสตร์อันนำไปสู่การเบียดขับยาพื้นบ้านที่เป็นองค์ความรู้ทางการแพทย์แบบดั้งเดิมของไทย ซึ่งโดยตัวมันเองก็มีใช่เป็นเพียงความรู้ที่เกี่ยวกับสมุนไพร แต่เป็นสิ่งสะท้อนวิถีคิดเรื่องความเจ็บป่วย ของสังคมไทยด้วยเช่นกัน

เอกสารอ้างอิง

ภาษาไทย

- กระทรวงสาธารณสุข. (2554). 25 ปี สำนักงานคณะกรรมการการ
สาธารณสุขมูลฐาน คณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน.
นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- การทำน้ำคั้นผลมะเกลือสำหรับขับถ่ายพยาธิ. (2522). หมอชาวบ้าน.
1(7), น.37-38.
- ขนิษฐา วงศ์พานิช, สวนีย์ วิเศษสินธุ์ และอุบล ไช้สงวน (บก.). (2539).
120 ปี กระทรวงการต่างประเทศ. กรุงเทพฯ: กระทรวงการต่าง
ประเทศ.
- คณะผู้เชี่ยวชาญโรคพยาธิใบไม้ตับแห่งชาติ. (2531). รายงานทางวิชาการ
เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- คณะผู้เชี่ยวชาญโรคพยาธิใบไม้ตับแห่งชาติ. (2541). รายงานทางวิชาการ
เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ ฉบับปรับปรุงใหม่. กรุงเทพฯ: กระทรวง
สาธารณสุข.
- คายนส์, ชาร์ลส์ เอฟ. (2556). อีสานนิยม: ท้องถิ่นนิยมในสยามประเทศไทย.
แปลโดย รัตนา โตสกุล. กรุงเทพฯ: มูลนิธิโครงการตำราสังคมศาสตร์
ศาสตร์สังคมศาสตร์.
- ทวีศักดิ์ เผือกสม. (2550). เชื้อโรค ร่างกาย และรัฐเวชกรรม: ประวัติศาสตร์
การแพทย์สมัยใหม่ในสังคมไทย. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.
- ธันวา วงศ์เสียงม. (2553). รัฐไทยกับสุขภาพพลเมือง พ.ศ. 2475-2500.
วิทยานิพนธ์ อ.ม., จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปณิธิ จาตกานนท์. (2545). ไทยกับการยุบเลิกองค์การสนธิสัญญา
ป้องกันร่วมกันแห่งเอเชียตะวันออกเฉียงใต้. วิทยานิพนธ์
รศ.ม., จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ปราสาทสถาปนา: พยาธิใบไม้ตับ ...| ทศยาภรณ์ ภูมิดอนมิ่ง และทวีศักดิ์ เผือกสม

ประกาศี จงสุขสันติกุล. (2534). การประเมินผลโครงการรณรงค์อีสานไม่กินปลาดิบ ด้านความรู้ เจตคติ และพฤติกรรม. วารสารโรคติดต่อ, 17 (1): 55-63.

ประสิทธิ์ ลีระพันธ์ และพรทิพย์ สุประดิษฐ์. (2528). สถานการณ์การให้สุศึกษาเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ: ความสำเร็จ ปัญหา และแนวทางการแก้ไข. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล.

ปราโมทย์ หยียวม และคณะ. (2531). ความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ: กรณีศึกษาบ้านคลองเจริญ ตำบลห้วยน้ำหอม อำเภอลาดยาว จังหวัดนครสวรรค์. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

ปราสาท-ศัตรูตัวร้าย. (2518). วารสารสุขภาพ ฉบับประชาชน (แพทยสมาคมฯ และแพทยสภา), 4 (2): 87-108.

พยาธิใบไม้ในตับเข้าสู่ร่างกายได้อย่างไร. (2516). วารสารสุขภาพ ฉบับประชาชน (แพทยสมาคมฯ และแพทยสภา), 1 (11): 107-109.

พาศณี เตชะเสน. (2522). การใช้มะเกลือเป็นยาขับพยาธิ. ไกล้มอ, 3(5). น. 68-69.

เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ. (2528). บทบาทของรัฐต่อปัญหาสุขภาพของประชาชน (พ.ศ. 2325-หลังการเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ. 2475). วิทยานิพนธ์ ศศ.ม., มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภาควิชาจุลชีววิทยา คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล. (2515). โรงพยาบาลและสถาบันทางการแพทย์ของไทย ปราสาทวิทยาในศิริราช. แพทยสภาสาร, 1 (8): 669-716.

มงคล โมกขะสมิต. (2525). การศึกษามะเกลือเพื่อใช้ถ่ายหนอนพยาธิลำไส้. กรุงเทพฯ: สมาคมปราสาทวิทยาและอายุรศาสตร์เขตร้อนแห่งประเทศไทย.

วิรัตน์ วงศ์แสงนาค. (2530). พยาธิใบไม้ตับกับมะเร็งตับ: ฝันร้ายของชาวอีสาน. วารสารวิชาการเพื่อสุขภาพอนามัยของประชาชน. 13 (4): 189-192.

- วิโรจน์ กิติคุณ. (2535). ผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับในประเทศไทย. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิณา วิสเพ็ญ และคณะ. (2549). เอกสารวิชาการลำดับที่ 5 ตำรายาวัตมหาชัย จังหวัดมหาสารคาม เล่ม 2. โครงการอนุรักษ์ใบลานภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ศรี ศรีนพคุณ. (2525). การปรุงยาถ่ายมะเกลือสำหรับชาวบ้านและการใช้รักษาหมู. กรุงเทพฯ: สมาคมปราชญ์วิทยาและอายุรศาสตร์เขตร้อนแห่งประเทศไทย.
- สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (บก.). (2546). ปฐมประวัติศาสตร์มหิดลเพื่อประชาธิปไตย: ภาคที่ 1 ก่อเกิดขบวนการ. กรุงเทพฯ: บริษัทอัลฟา มิเลเนียม จำกัด.
- สมชาย สุพันธุ์วณิช และคณะ. (2524). ยาพราซิควอนเทลในการรักษาโรคพยาธิใบไม้ตับ. วารสารกรมการแพทย์, 6 (6): 23-35.
- สมพร พฤษราช และคณะ. (2525). การศึกษาหาความชุกและความรุนแรงของโรคหนอนพยาธิลำไส้ในชนบทประเทศไทย พ.ศ. 2523-2524. วารสารโรคติดต่อ, 8(3): 245-268.
- สมพร พฤษราช และคณะ. (2531). โครงการศึกษาทดลองการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยผ่านงานการสาธารณสุขมูลฐาน จังหวัดสกลนคร ปี 2527-2530. วารสารโรคติดต่อ, 14(1): 10-20.
- สวณี เต็งรังสรรค์. (2551). ระบาดวิทยา. กรุงเทพฯ: สาขาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สว่างใจ ฟิ่งพัทตร์. (2536). โรคพยาธิใบไม้ตับ. กรุงเทพฯ: พิธีแมก กรู๊ป จำกัด.
- สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร. (2559). แบบคัดกรองด้วยวาจา เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งท่อน้ำดีในประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไปกลุ่มเป็นชาวอีสานโดยกำเนิด ภายใต้ยุทธศาสตร์ “กำจัดพยาธิใบไม้ตับ ลดมะเร็งท่อน้ำดี วาระคนอีสาน” จังหวัดสกลนคร.
- สำนักงานโครงการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและพยาธิลำไส้ (ไทย-เยอรมัน).

(2538ก). สรุปผลการดำเนินงานโครงการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและพยาธิลำไส้โดยการสนับสนุนของรัฐบาลสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมัน. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักงานโครงการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและพยาธิลำไส้ (ไทย-เยอรมัน).

(2538ข). สรุปผลการศึกษาข้อมูลและความจำเป็นของการบริหารจัดการ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

สุชาติ เจตนเสน. (2528). แนวคิดและการดำเนินงานเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับของกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

Translated Thai References

Davisakd Phuaksom. (2007). **Of Germs, the Bodies, and the Medicalizing State: A History of Modern Medicine in Thailand**. Bangkok: Chulalongkorn University Press.

Department of Microbiology, Faculty of Medicine at Siriraj. (1972). **Hospitals and Medical Institutes in Thailand: Parasitology at Siriraj**. Bulletin of the Medical Council of Thailand, 1(8): 669-716.

How the *Opisthorchis Viverrini* Gets Access into the Body. (1973). Health Bulletin: A Common People Version (The Medical Association of Thailand and The Medical Council of Thailand), 1(11): 107-109.

Keyes, C.F. (2013). **ISAN: Regionalism in Northeastern Thailand**. Tr. Rattana Tosakun. Bangkok: Textbook Foundation for the Humanities and Social Sciences.

Khanittha Wongphanit, Sawanee Wisetsin, and Ubon Chaisanguan (bannathikan). (1996). **120 Years of the Ministry of Foreign Affairs**. Bangkok: Ministry of Foreign Affairs.

- Mongkhon Mokkaasmit. (1982). **A Study of Makua [Diospyros mollis] to Get Ride of the Parasite**. Bangkok: Parasitology and Tropical Medicine Association of Thailand.
- Office of Promotion of Community Health Development through Parasite Control Project (TG-PHPC). (1995a). Summary of the Project on Opisthorchis Viverrini Control that Supported by Federal Republic of Germany. Nonthaburi: Ministry of Public Health.
- Office of Promotion of Community Health Development through Parasite Control Project (TG-PHPC). (1995b). Summary of Informations and Necessity of Management. Nonthaburi: Ministry of Public Health.
- Phani Techasen. (1979). A Method in Using of Makua [Diospyros mollis] as a Medicine to Get Ride of the Opisthorchis Viverrini. *Klai Mo*, 3(5). Na. 68-69.
- Panithi Chatkanon. (2002). **Thailand and the Abolition of the SEATO Treaty**. MA thesis, Politics, Chulalongkorn University.
- Parasite: A Dangerous Enemy. (1975). *Health Bulletin: A Common People Version* (The Medical Association of Thailand and The Medical Council of Thailand), 4(2): 87-108.
- Phensi Kawiwongprasœt. (1985). **Roles of Thai State on the People's Health Problem, 1782 until after the 1932 Revolution**. MA thesis, Social Medicine, Mahidon University.
- Pramot Yiyiyom et al. (1988). **Knowledge, Attitude and Self-Practice on the Opisthorchis Viverrini Disease: A Case Study of Ban Khlongcharoen, Hauinamhom, Latyao Distrcit, Nakhonsawan**. Nonthaburi: Ministry of Public Health.

- Praphasi Chongsuksantikun. (1991). Assessment Report of the Project on Not Eating Raw Fermented Fish in Aspects of Knowledge, Attitude, and Behavior. **Communicable Disease Journal**, 17 (1): 55-63
- Prasit Liraphan and Phonthip Supradit. (1985). **Situation of Hygiene Education on the Opisthorchis Viverrini Disease: Success, Problem and Suggestion**. Nakhon Pathom: Mahidol University.
- Recipe of Makua [Diospyros mollis] Smoothie to Expel the Parasite. (1979). **Mo Chaoban**, 1(7), Na. 37-38.
- Sakon Nakhon Public Health. (2559). A Verbal Screening to Assess Risk of the Lever Cancer in the 40+ Years Populations Who Are the Isan People by Birth, under the Strategy of "Getting Ride of Opisthorchis Viverrini and Decreasing the Lever Cancer Campaign," Sakon Nakhon Province.
- Sanguan Nittayaramphong (ed.). (2003). A History of Mahidol University for Democracy: Part One A Movement Emergence. Bangkok: Borisat Alpha Millennium.
- Sawangchai Phungphak. (1993). **The Opisthorchis Viverrini Disease**. Bangkok: Premax Group.
- Sawani Tengrangsarn. (2008). Epidemiology. Bangkok: Department of Community Medicine, Faculty of Medicine, Thammasat University.
- Somchai Suphanwanit et al. (1981). The Praziquantel in Healing the Opisthorchis Viverrini Disease. *Journal of the Department of Medical services*, 6(6): 23-35.
- Somphon Phruksarat et al. (1982). A Study of Frequency and Violence of Opisthorchis Viverrini Disease in Rural Thailand, 1980-1981. **Communicable Disease Journal**, 8(3): 245-268.
- Somphon Phruksarat et al. (1988). A Pilot Project on the Opisthorchis

- Viverrini Control, that liaison through the Primary Healthcare in Sakonnakhon, 1984-1987. **Communicable Disease Journal**, 14(1): 10-20.
- Sri Srinopphakun. (1982). **A Local Portion of Makau [Diospyros mollis] to Get Ride of the Opisthorchis and Mass Treatment**. Bangkok: Parasitology and Tropical Medicine Association of Thailand.
- Suchat Chettanasen. (1985). **Cocept and Practice on the Opisthorchis Viverrini Disease under the Ministry of Public Health**. Nonthaburi: Ministry of Public Health.
- Thanwa Wongsangiem. (2010). **Thai State and Its Citizen's Health, 1932-1957**. MA thesis, History, Chulalongkorn University.
- The National Study-Group on the Opisthorchis Viverrini Disease. (1988). **Report on the Opisthorchis Viverrini Disease**. Bangkok: Ministry of Public Health.
- The National Study-Group on the Opisthorchis Viverrini Disease. (1998). **Report on the Opisthorchis Viverrini Disease, a Revised Version**. Bangkok: Ministry of Public Health.
- Wina Witphen et al. (2006). Monograph Series No.2: Medicine Manual of Wat Mahachai, Mahasarakham, Vol.2. The Old Manuscripts Conservation Project, Mahasarakham University.
- Wirat Wongs๑ngnak. (1987). Opisthorchis Viverrini and Liver Cancer: Nightmare of Isan People. Warasan wichakan phua sukkhaphap anamai khong prachachon. 13(4): 189-192.
- Wirot Kittikhun. (1992). Research Reports on the Opisthorchis Vierrini Control in Thailand. Nakhon Pathom: Mahidon University.

เอกสารภาษาอังกฤษ

- Coutinho, A., Domingues, L., Neves, J., and Da Silva, L.C. (1980). Praziquantel in the Treatment of the Hepatosplenic Form of Schistosomiasis. Summary of Proceedings, Biltricide Symposium on African Schistosomiasis. Nairobi, p. 23.
- Kesorn Thaewongiew et al. (2014). Prevalence and Risk Factors for Opisthorchis Viverrini Infections in Upper Northeast Thailand. **Asia Pacific Journal of Cancer Prevention**, 15 (16): 6609-6612.
- Kerr AFG. (1961). Intestinal Parasites in Northern Siam. **Tropical Medicine**. 9: 82-89.
- Prommas, C., and Daengsvang, S. (1937). Feeding Experiments on Cats with Gnathostomaspingerum Larvae Obtained from the Second Intermediate Host. *Journal of Parasitology*, 23: 115-116.
- Rim, H.J., and Yoo, K.S. (1979). Chemotherapeutic Effect of Praziquantel (Embay 8440) in the Treatment of Clonorchiasis. *Korea University Medical Journal*, 16: 459-486.
- Sadun, E.H. (1955). Studies on Opisthorchis Viverini in Thailand. **American Journal of Hygiene**, 62: 81-115.
- Sadun, E.H. (1953). Opisthorchis Viverrini in Thailand. **American Journal Hygiene**. 62: 81.
- Terris, Milton. (1986). Epidemiology and the Public Health Movement. **Journal of Public Health Policy**, 39 (12): 953-961.
- Waikagul, J. (1974). **The Study on the Infectivity of Opisthorchis Viverrini Metacercariae**. MSc Thesis, Faculty Medicine, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Waddington, Keir. (2011). **An Introduction to the Social History of Medicine: Europe since 1500**. London: Palgrave Macmillan.

Wariya Siwasariyanon. 1984. **The Transfer of Medical Technology from the First World to the Third World: A Case study of the RockyFeller Foundation's Role in a Thai Medical School (1923-1935)**. PhD Dissertation, University of Hawaii.

World Health Organization. (2013). **A world Health Organization Resource Essential Medicines and Health Products Information Portal**. Community Health Workers and Drugs: A Case Study of Thailand -EDM Research Series No. 015.

